



MENDE GÉVAUDAN CLUB HANDBALL

11, Cité des Carmes, Maison Marty, 48000 MENDE
Tél./Fax : 04.66.49.30.78 Mail: 6148001@ffhandball.net

<http://www.mgc-handball.fr/> <https://www.facebook.com/mendegchandball.fr>

Ouverture bureau : Lundi 13h15 à 18 h15, mardi 13h15 à 17h15, vendredi 13h15 à 16h15,
mercredi de 8h30 à 11h30, Jeudi après-midi sur RDV

FICHE DE LIAISON

Je soussigné(e) M. Mmele responsable légal,
de l'enfant mineur ou du majeur protégé :
Né le : à

Taille : ; Latéralité : Gaucher – Droitier – Ambidextre* (1)

ADRESSE DE LA MERE :	ADRESSE DU PERE :
Domicile :	Domicile :
Portable de la mère :	Portable du père :
Mail :	Mail :

☐ Autorise mon fils, ma fille, mon pupille (1) :

☐ A monter dans la voiture d'un tiers lors des déplacements du Mende Gévaudan Club Handball.

☐ Ne l'autorise pas

☐ A paraître sur les supports de communication du club (site, plaquette, affiches, photos ...)

☐ N'autorise pas l'utilisation d'image de mon enfant par le club.

ASSURANCES

➤ Je reconnais avoir été informé (e) par ma ligue et mon club :

- des garanties responsabilité civile et individuels accidents (MMA), jointes à la demande de licence, dont je bénéficie par le biais de ma licence, ainsi que la possibilité d'y renoncer

Cette fiche est soumise au secret médical. Elle sera conservée par le responsable du déplacement
et remise en cas de nécessité au médecin consulté.

GROUPE SANGUIN :

ALLERGIES CONNUES A DES MEDICAMENTS OU DES SUBSTANCES DIVERSES :

DATE DU DERNIER VACCIN : diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) :

TRAITEMENTS MEDICAUX EN COURS (avec copie de l'ordonnance) :

REMARQUES A L'ATTENTION DU MEDECIN :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE (si différent parent) + NUMERO DE TEL :

Fait à : Le :

Signature

« Précédé de la mention lu et approuvé »,

(1) rayer la mention inutile