





# MENDE GEVAUDAN CLUB

16 Avenue Paulin Daudé, Complexe sportif La Vernède, 48000 MENDE

Tél. : 04.66.49.30.78 - Mail : [6148001@occitanie.ffhandball.net](mailto:6148001@occitanie.ffhandball.net) <http://www.mgc-handball.fr>



Ouverture bureau : lundi & mardi 13h15 à 17h15,  





Mercredi & vendredi de 8h00 à 12h, Jeudi 9h à 12h

## FICHE DE LIAISON

Je soussigné(e) M. Mme .....le 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.

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

GRUPE 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

