



FICHE SANITAIRE DE LIAISON / CERTIFICAT MEDICAL

NOM – Prénom du mineur : _____

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

- LIEN AVEC L'ENFANT : _____

NOM – Prénom : _____

Téléphone : _____ mail : _____

- LIEN AVEC L'ENFANT : _____

NOM – Prénom : _____

Téléphone : _____ mail : _____

CERTIFICAT MEDICAL :

Je soussigné docteur : _____

Certifie avoir examiné : _____

Et n'avoit constaté à ce jour, aucun signe apparent semblant contre-indiquer
la pratique du Hockey sur glace dans sa catégorie d'âge

Fait à _____ le : _____

CACHET & SIGNATURE :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :