



Bruxelles Royal Yacht Club a.s.b.l.

ÉCOLE DE VOILE LÉGÈRE - FICHE MÉDICALE DE L'ENFANT

NOM, prénom : _____

Lieu et date de naissance : _____

Adresse : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence .

Nom, prénom : _____

Téléphone fixe : _____ GSM : _____

Nom, prénom : _____

Téléphone fixe : _____ GSM : _____

Médecin traitant.

Nom, prénom : _____

Téléphone : _____

Renseignements médicaux.

Allergies ? _____

Médicaments à ne pas donner ? _____

Remarques éventuelles : _____

Je soussigné(e), autorise le responsable du B.R.Y.C., à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, radios, analyses, ...) qui seraient rendues nécessaires, si, en cas d'urgence, aucune des personnes à contacter ne peut être jointe.

Date : _____ Nom et signature : _____
