



## BMX COMPIEGNE CLAIROIX

Siège social : Mairie de Clairoix

Président : M. MANSARD Nicolas

6 rue des vignes

60490 BIERMONT

☎ 06.13.79.11.50

[mansard.nicolas@bmxcompiagne-clairoix.fr](mailto:mansard.nicolas@bmxcompiagne-clairoix.fr)

[www.bmxcompiagne-clairoix.fr](http://www.bmxcompiagne-clairoix.fr)

### FICHE MEDICALE

Nom : ..... Prénom:.....

Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal

.....

.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale

.....

Personnes à prévenir en cas d'accident.

N° de tel représentant n°1 : .....

N° de tel représentant n°2 : .....

### EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence, un pilote accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers le centre hospitalier le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un pilote mineur ne pourra sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance (allergies, traitements en cours, précaution particulière à prendre,...)

.....

Nom - adresse et N° de téléphone du médecin traitant

.....

.....

### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame.....  
autorisons l'anesthésie de notre fils/fille..... au cas  
ou , victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à l'évolution rapide, il/elle aurait à subir  
une intervention chirurgicale.

A..... le.....

Signatures obligatoire des parents, ou du représentant légal