

AUTORISATION DE SOINS POUR LES MINEURS



* entourer la mention utile

Je soussigné, Monsieur, Madame*

Nom Prénom
Numéro de sécurité sociale :
Adresse :
.....
Code postal Commune
Téléphone 1 : Téléphone 2
Père* Mère* Représentant légal* de l'enfant :
Nom Prénom
date de naissance :/...../.....

Autorise, en cas de nécessité, les accompagnants ou les organisateurs de l'événement à faire prodiguer tous soins médicaux ou chirurgicaux qui pourraient être nécessaires à la santé de mon enfant.

Coordonnées autre personne référente de l'enfant :
lien avec l'enfant :
Nom Prénom
Téléphone :

Cette autorisation est valable pour :

1 an* : pour toutes les activités, compétitions et déplacements organisés par mon club. (les accompagnants doivent conserver avec eux cette autorisation).

ou

pour l'événement ponctuel* :
en date :...../...../..... (à conserver par l'organisateur)

Fait à , le/...../.....

SIGNATURE :