

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

NOM : _____ Prénom : _____

En ma qualité de Père, Mère, Tuteur légal *

** rayer la mention inutile*

Coordonnées complètes : _____

Autorise Monsieur ou Madame _____ (*reprendre le nom du responsable*), responsable des jeunes pratiquants, à faire pratiquer toutes interventions médicales ou chirurgicales d'urgence, que le médecin jugera souhaitable sur mon enfant.

NOM de l'enfant : _____ Prénom : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Qualité : _____

Téléphones (portable si possible) : _____

Fait à _____

Le _____

Signature :