AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

NOM.....Prénom.....

En ma qualité de : Père, Mère, Tuteur légal (rayer les mentions inutiles)

Adresse :.....

.....

Autorise l'organisateur Monsieur ANSERMIN Marc, Président de l'Amicale ou son représentant à faire pratiquer toutes interventions médicales ou chirurgicales d'urgence, que le médecin jugera souhaitable sur mon ou mes enfant(s).

NOM de l'enfant Prénom date de naissance

.....

.....

.....

.....

.....

Allergies : (merci d'indiquer ci-dessous les éventuelles allergies ou les observations que vous jugerez nécessaires)

.....

.....

.....

Personne à prévenir en cas d'urgence.....

Téléphone (portable si possible).....

Fait à.....le.....

Signature :

(Précédée de la mention : lu et approuvée)