

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné : NOM _____ Prénom : _____ (Père, Mère ou Tuteur légal) (1)

Demeurant à (adresse complète) _____

N° de téléphone : _____ N° de portable : _____

Adresse mail : _____

Autorise les responsables des rassemblements de jeunes pour la saison 2024/2025 à faire prodiguer les soins nécessités par tout accident survenant à ma fille ou mon fils :

NOM _____ Prénom : _____

Y compris toute intervention chirurgicale et, éventuellement sous anesthésie générale, dont l'urgence a été diagnostiquée par le corps médical.

ALLERGIES ALIMENTAIRES (merci de préciser)

Fait à _____ Le _____

(Signature)

NOTA BENE : Veuillez signaler toute allergie médicamenteuse.

(1) Rayer les mentions inutiles