



AUTORISATION PARENTALE

PLAN DE PERFORMANCE FEDERAL

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 Interdistricts U14 qui auront lieu le jeudi 24 février 2022 à faire prodiguer les soins nécessaires pour tout accident survenant à mon fils :

NOM : _____ Prénom : _____

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

Fait à _____ Le _____
(Signature)

NOTA BENE : Veuillez signaler toute allergie médicamenteuse.

(1) Rayer les mentions inutiles