



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Représentant légal de

Ma fille * : (Nom et prénom)

Mon fils * : (Nom et prénom)

AUTORISE*

N'AUTORISE PAS*

L'entraîneur ou l'accompagnateur de l'équipe de mon enfant à donner en mon nom, lieu et place toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aigue à évolution rapide.

Fait à le

Signature :

Personne à contacter

CONTRE INDICATIONS MEDICALES

A remplir obligatoirement

NOM :

-

Prénom :

-

Adresse :

-

.....

-

.....

N° de sécurité sociale :

Tél :

.....

(*) Rayer la mention inutile