



AUTORISATION POUR SOINS



SAISON :

CLUB :

Je soussigné :

Je soussignée :

Père - mère - tuteur :

du jeune :

- Autorise le club ou le comité 40, par son délégué présent sur place à prendre toutes les décisions nécessaires en cas de maladie, de blessures ou d'accident survenus pendant l'activité sportive (entraînement, match, transport) ;
- Autorise le médecin à pratiquer toute intervention ou soin qui s'avèrerait indispensable, y compris l'hospitalisation;
- Autorise le délégué club ou comité 40 à faire sortir mon enfant de l'hôpital pour le ramener à mon domicile.

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

- | | | |
|----------|-----------|--------|
| 1. Nom : | Qualité : | Tél. : |
| 2. Nom : | Qualité : | Tél. : |
| 3. Nom : | Qualité : | Tél. : |

Médecin traitant :

Nom : Tél. :

Fait à : Le :

Signatures : Père Mère Tuteur

Informations médicales pouvant être communiquées :

(allergies, traitements, contre-indications, problèmes particuliers, antécédents)