



AUTORISATION PARENTALE

POUR :

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° de licence : _____

Adresse :

Je soussigné, _____ (père, mère, tuteur)*

Adresse (si différente) :

Téléphone personnel : _____

Téléphone professionnel : _____

Téléphone mobile : _____

Autorise les cadres du club à faire pratiquer tous soins d'urgence en cas d'accident. Autorise les médecins à effectuer toutes interventions nécessaires à la survie de mon enfant.

A :, le :
Signature :