

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) : (Nom Prénom du parent)

adresse :

n° de sécurité sociale :

père, mère ou tuteur de : (Nom Prénom de l'enfant)

AUTORISE les responsables et les dirigeants de l'association "JEUNES DE MACON SPORTS" à amener mon enfant dans l'établissement de soins le plus proche en cas d'accident dans le cadre des entraînements, des déplacements ou des compétitions.

AUTORISE, en cas d'urgence, l'intervention d'un chirurgien ou d'un médecin leur permettant de prendre toutes les décisions concernant l'hospitalisation ou le rapatriement, la pratique d'une anesthésie générale ou locale.

AUTORISE mon enfant à sortir de l'établissement de soins après l'intervention.

Si l'enfant est sujet à des allergies, les indiquer :

Je demande que l'on me prévienne par téléphone au(x) n° suivant(s) :

.....

.....

Fait à, le Signature :