SALLES D'ARMES TOURANGELLES

AUTORISATION PARENTALE
Médicale

Je soussigné, Mr, Mme [Prénom – Nom] .....

Adresse .....

Code Postal.....Ville.....

Téléphone fixe.....Portable.....

E-mail (en lettres capitales).....

Autorise mon enfant :

Nom.....Prénom.....

A être acheminé par véhicule mis à la disposition par le club, où tout autres types de transports (voitures de bénévoles, d'entraîneurs, de responsables .....) à chaque fois que cela sera utile au cours des activités du club.
J'autorise également les médecins à prendre, en cas d'urgence et dans la mesure où je serais injoignable, toute décision de soins, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.
Cette autorisation parentale reste valable tout au long de l'année sportive 2023-2024, soit du 1er septembre 2023 au 31 août 2024.

Médecin de famille

Nom.....

N° de tél.....

Préciser les allergies éventuelles.....

Date

Signature
précédée de la mention « lu et approuvé »