

MODELE D'AUTORISATION DE SOINS SUR MINEUR

CAVALIER MINEUR

Nom		Prénom	
Date de naissance	 / /	E-mail	@.....
N° licence FFE	 / / / /	Club	
Adresse			
	Code postal	Ville	
			
Tél	Mob. / / / /	Fixe	 / / / /
Nom du/des représentant(s) légal (aux) :		Tel n°1 : / / / /	
.....		Tel n°2 : / / / /	
.....			

Je soussigné(e)(s), titulaire(s) de l'autorité parentale,

- ☐ Mère :
- ☐ Père :
- ☐ Représentant légal :

- Reconnaît avoir rempli consciencieusement la fiche sanitaire de liaison concernant mon enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;
- En cas de nécessité pour l'état de santé de mon enfant, autorise par avance le service de secours intervenant sur les lieux de l'activité à laquelle mon enfant mineur participe :
 - ☐ à prodiguer tous soins nécessaires en cas d'urgence sur mon enfant ;
 - ☐ à hospitaliser, et/ou à pratiquer tout acte chirurgical, médical et anesthésique sur mon enfant.

Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A le.....

*Signatures du / des titulaire(s) de l'autorité parentale
précédées de la mention manuscrite « Lu et approuvé »*