

Autorisation de soins pour les mineurs

(à remplir par une personne exerçant l'autorité parentale)

SAISON 2015/2016

Je soussigné (e) père, mère, tuteur de
.....autorise l'accompagnateur désigné par le club
d'ultimate frisbee..... à faire pratiquer, pour lui (elle), tous les soins urgents nécessaires
en cas de problème de santé lors des activités proposées par le club, à le (la) reprendre à la sortie d'un
établissement de soins.

Signature

Nom de la personne à prévenir :.....

Téléphone :.....