

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), M. ou Mme :

Demeurant à :

☎ : / / / / ☎ portable : / / / /

Autorise l'enfant dont j'ai la charge :

à participer au :

Stage INTERNAT CANDIDAT ARBITRE
Au Centre Régional Technique à SAINT SEBASTIEN SUR LOIRE
170 Bd des Pas Enchantés - ☎ 02.40.80.75.50

Par ailleurs, j'autorise le médecin responsable à pratiquer ou faire pratiquer toute intervention qui s'avèrerait indispensable ou à donner les soins nécessaires en cas d'urgence.

Je certifie que l'enfant a fait l'objet d'une vaccination antitétanique (le dernier rappel datant de moins de cinq ans).

Allergies éventuelles :

.....

.....

N° sécurité sociale du représentant légal :

CET IMPRIME EST OBLIGATOIRE ET A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

Fait à le / /

Signature :