

GROUPE : NOM : PRÉNOM :

 Je soussigné(e) (nom et prénom du représentant légal)
 AUTORISE le président du club et/ou entraîneur, encadrant à prendre toutes les
 mesures qu'il jugera nécessaires en cas d'urgence, concernant mon enfant (nom et prénom de
 l'enfant) :

Numéro de carte Vitale de votre enfant : | | | | | | | | | | | | | | | |

CONCERNANT LE MEDECIN TRAITANT

 Nom :
 Adresse :
 Code postal : | | | | | | | | VILLE :
 Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

1^{ère} personne :

 NOM : Prénom :
 Téléphones (portable recommandé) : 1^{er} | | | | | | | | | | | | | | | |
 2^{ème} | | | | | | | | | | | | | | | |

2^{ème} personne :

 NOM : Prénom :
 Téléphones (portable recommandé) : 1^{er} | | | | | | | | | | | | | | | |
 2^{ème} | | | | | | | | | | | | | | | |

Fait à :

Le ____ / ____ / 20__

Signature du représentant légal :