

Autorisation de soins

NOM

PRENOM

Date de Naissance

Adresse resp. légal

Téléphone resp. légal

Personne à joindre en cas d'urgence

agissant en qualité de

N° sécurité sociale

Mutuelle (organisme et n°adhérent)

Médecin traitant Tel :

Veillez indiquer les allergies, problèmes de santé et antécédents médicaux :

.....
.....
.....
.....

Souhait de structure hospitalière d'accueil (si possibilité de choisir) :

.....

Je soussigné(e), responsable légal de
l'enfant agissant en qualité de

autorise les encadrants du club St Etienne BMX à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas
d'accident.

Fait pour valoir ce que de droit à Le

Signature