



AUTORISATION DE DECHARGE PARENTALE

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Code Postal : Ville :

AGISSANT EN QUALITÉ DE REPRÉSENTANT LÉGAL (père, mère, tuteur *) DE :

Nom et prénom :
.....

Date de naissance :/...../..... Groupe sanguin :

Numéro de sécurité sociale :
.....

Nom de la Mutuelle : N° adhérent :

Traitement médical particulier :
.....
.....

Autorise le responsable du BAPHC, en l'occurrence le Dirigeant d'équipe ou l'entraîneur, à faire pratiquer sur la personne de mon enfant toute intervention chirurgicale, anesthésie ou soins médicaux qui, en cas d'urgence, apparaîtraient nécessaires au cours des Programmes de la saison 2019 – 2020, et à prendre toute décision en cas d'indiscipline (ex : retour au domicile aux frais des parents).

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. bureau :

Tél. portable : E-mail :

Fait à

Le

Signature du responsable légal
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

* : rayez la mention inutile