



AUTORISATION MEDICALE SAISON 2021-2022

Je soussigné(e), le responsable légal, M/Mme.....

- Adresse :
- Tél Domicile :/...../...../...../.....
- Tél du père :/...../...../...../..... De la mère :/...../...../...../.....
- Autres Téléphones :/...../...../...../..... ///...../...../...../.....

Autorise le médecin consulté en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant :

- Nom et Prénom de l'enfant :
- Date de Naissance : / /
- N° Sécurité Sociale

* Personne à joindre en cas d'urgence (si autre que les parents) :

..... Tél :/...../...../...../.....

Fait le : / / A

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » et « Bon pour autorisation »