REGROUPEMENT DEPARTEMENTAL GAF

Fédéral A Aménagé 10 ans et plus

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné/ nous soussignés

……..

Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de l'enfant mineur :

NOM : …… Prénom : ……

Date de naissance : …… N°de licence :……..

N° de Sécurité sociale :……

Mutuelle : (Nom et adresse) :

……

……

déclare /déclarons :

- autoriser celui-ci à participer à la journée de regroupement du 16 octobre 2022 et aux activités proposées lors de cette journée.
- accepter que celui-ci soit hospitalisé en cas d'urgence.
- autoriser le chirurgien à pratiquer en cas d'urgence :
  - Tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement d'un diagnostic.
  - Toute intervention médicale ou chirurgicale selon l'état de santé de votre enfant

Et demande/demandons que notre médecin soit tenu informer :

Docteur : ……

Adresse : ……

Tél. : ……

Fait à …… le ……

Signature précédée de la mention « LU ET APPROUVE » :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM : ……

Adresse : ……

Tél. : ……