



MISTRAL-EST

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE AIGUE

NOM.....PRENOM.....

Date de naissance :

En cas d'accident ou de maladie aiguë, en fonction des soins nécessaires, le responsable de l'activité de l'association Mistral-Est fera appel à un service d'urgence et vous préviendra le plus rapidement possible.

Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants

Numéro(s) de téléphone où vous pouvez être joint rapidement :

.....

Je soussigné(e):

Monsieur.....

Madame.....

représentant légal du (de la) jeune :

Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire

Autorise le responsable de l'activité de l'association Mistral-Est

- à demander l'admission en établissement de soins

- à accompagner ou reprendre à sa sortie le (la) jeune pratiquant(e) uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents.

Date.....

Signature(s)
du ou des représentant(s) légal(aux)