



AUTORISATION PARENTALE ET FEUILLE DE SOINS MEDICAUX (Formulaire obligatoire pour les personnes de moins de 18 ans)

Je soussigné (nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Mr, Mme, Mlle.....
N° de sécurité sociale
Profession.....
Téléphone fixe.....
Téléphone portable.....
Adresse email.....

Autorise les responsables de l'association OLD SKULLZ (titulaire du brevet d'Etat d'éducateur sportif) à faire donner tous les soins médicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident.

A l'enfant (nom, prénom) Né le :.....

A l'enfant (nom, prénom) Né le :.....

Nous signaler toutes les informations importantes à apporter aux secouristes ou médecins:

.....
.....

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'accident sera :

Nom Prénom.....

Lien de parenté.....

Adresse.....

Téléphone fixe Téléphone portable.....

Je m'engage à rembourser éventuellement, à l'association OLD SKULLZ, Les frais médicaux et pharmaceutiques déboursés pour mon compte.

Je certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date et lieu Mention lu et approuvé Signature

Mention lu et approuvé

Date et lieu

Signature du pratiquant