AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

je soussigné(e) père, mère, tuteur (*):

NOM : PRENOM

Adresse :

code postal : VILLE :

Représentant légal de mon fils, ma fille (*)

NOM : PRENOM

né (e) le/..... / à

- autorise en cas d'accident, le JUDO CLUB ISSOIS à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à hôpital choisi par les sapeurs-pompiers ou le SAMU

(*) Rayer les mentions inutiles

Fait à

Le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »