



POLES NATATION GUADELOUPE



AUTORISATION PARENTALE

SAISON 2016-2017



Je soussigné(e), père, mère, tuteur légal,

de

Autorise les membres responsables de l'encadrement à appeler tout médecin responsable, le cas échéant, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon fils / ma fille.

Par ailleurs, je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et frais annexes dont l'avance aurait été faite à mon fils / ma fille.

Mon fils / ma fille suit actuellement un traitement médical (préciser) :

.....
.....
.....
.....

Mon fils / ma fille est sujet à allergies (préciser) :

.....
.....
.....

Groupe sanguin :

Fait à le

Signature :

