



AUTORISATION PARENTALE

ENTRAINEMENTS – COMPETITIONS – STAGES

Je soussigné, M, Mme, Mlle _____

Père, Mère, Tuteur, Tutrice

N° de sécurité sociale : _____

Nom et adresse de la mutuelle : _____

N° de contrat : _____

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur : _____

Né(e) : _____

Autorise :

D'une part, le chirurgien à pratiquer tous les cas liés à l'intervention chirurgicale, et à l'anesthésiste réanimateur à pratiquer tout les actes détachables du processus opératoire ;

D'autre part, à pratiquer ou faire pratiquer tous les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic, voire le cas échéant dans un autre centre hospitalier ;

Ainsi que la sortie après soins et accord du médecin, sous la responsabilité d'un des membres du Scaphandre Club Alençonnais.

ATTENTION :

E n cas d'allergie, de contre-indication ou d'antécédents quelconques, veuillez nous le préciser sur cette fiche, et joindre tous les documents pouvant être utiles en cas d'urgence.

Personne à contacter en cas d'accident, si absence des parents :

M, Mme, Mlle NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Bureau distributeur : _____

Téléphone (fixe / portable) : _____

Alençon, le : _____ Signature : _____

Signature précédée de la mention « **LU ET APPROUVE** »

Siège Social • 14, rue Aristide-Briand • 61000 ALENÇON