

Autorisation médicale

Je soussigné(e)

agissant en mon nom, autorise :

Le médecin du Championnat de France Natation Sport Adapté Jeunes à prendre toutes les décisions utiles en cas de maladie ou d'accident.

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par mes soins et par écrit.
La présente autorisation est personnelle et incessible.

Fait à Le.....

Signature

Je soussigné(e).....

Représentant légal de....., agissant en son nom, autorise :

Le médecin du Championnat de France Natation Sport Adapté Jeunes à prendre toutes les décisions utiles en cas de maladie ou d'accident.

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par mes soins et par écrit.
La présente autorisation est personnelle et incessible.

Fait à Le.....

Signature