

Club Nautique Pontarlier

11 rue Denis Diderot

25300 Pontarlier

07 82 72 01 74

AUTORISATION de SOIN

Je soussigné (e) (père - mère - tuteur)

NOM :Prénom

ADRESSE :

C.P. VILLE

Tél. Domicile : Tél. Professionnel :

N° de Sécurité Sociale :

AUTORISE les responsables du CLUB NAUTIQUE PONTARLIER à faire soigner, à faire procéder en cas d'urgence à toute intervention médicale ou chirurgicale que nécessiterait l'état de santé de mon fils, ma fille (ou autre lien de parenté) :

NOMPrénom

Date de naissance :

Fait à

Le

SIGNATURE