

SAINT-NAZAIRE ATLANTIQUE NATATION

SAISON 2019 - 2020

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

GROUPE : **Nom/Prénom du nageur** :

Je soussigné, (nom/prénom) :

Responsable légal de (nom/prénom) :

N° téléphone : N° portable :

Adresse mail :

N° sécurité sociale :

Adresse :

Allergies-Contres-indications médicales :

Autorise les responsables du SNAN à prendre en cas d'urgence toutes dispositions de transport, entrée et sortie hospitalières ou interventions jugées indispensables par les services d'urgence.

Saint-Nazaire, le

Signature du responsable légal

SAINT-NAZAIRE ATLANTIQUE NATATION

SAISON 2019 - 2020

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

GROUPE : **Nom/Prénom du nageur** :

Je soussigné, (nom/prénom) :

Responsable légal de (nom/prénom) :

N° téléphone : N° portable :

Adresse mail :

N° sécurité sociale :

Adresse :

Allergies-Contres-indications médicales :

Autorise les responsables du SNAN à prendre en cas d'urgence toutes dispositions de transport, entrée et sortie hospitalières ou interventions jugées indispensables par les services d'urgence.

Saint-Nazaire, le

Signature du responsable légal