



AUTORISATION PARENTALE

Espace Jean Rostand,
330 rue Emmanuel Clairefond
49400 SAUMUR

Je, soussigné (nom, prénom, adresse du représentant légal) :

Adresse :

Domicile : professionnel :

Autre :

Autorise :

- Les responsables de l'activité suivie par mon enfant à le faire transporter dans les véhicules mis à disposition des déplacements organisés dans le cadre de cette activité,
- En cas d'urgence, le médecin consulté par les responsables de l'activité suivie par mon enfant, à toute intervention médicale, chirurgical ou d'anesthésie que nécessiterait son état de santé,
- A la suite d'une éventuelle hospitalisation, les responsables de l'activité suivie par mon enfant, à procéder aux démarches de sortie d'hospitalisation, si son état de santé et l'avis du médecin consulté le permettent.

NOM / PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE

N° SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ :

Observations particulières concernant la santé de mon enfant (allergie, traitement en cours...)

.....

.....

Personne à joindre en cas d'urgence :

.....

Fait à Saumur, le

Signature des parents ou représentant légal
Précédée de la mention « Lu et approuvé »



AUTORISATION PARENTALE

Espace Jean Rostand,
330 rue Emmanuel Clairefond
49400 SAUMUR

Je, soussigné (nom, prénom, adresse du représentant légal) :

Adresse :

Domicile : professionnel :

Autre :

Autorise :

- Les responsables de l'activité suivie par mon enfant à le faire transporter dans les véhicules mis à disposition des déplacements organisés dans le cadre de cette activité,
- En cas d'urgence, le médecin consulté par les responsables de l'activité suivie par mon enfant, à toute intervention médicale, chirurgical ou d'anesthésie que nécessiterait son état de santé,
- A la suite d'une éventuelle hospitalisation, les responsables de l'activité suivie par mon enfant, à procéder aux démarches de sortie d'hospitalisation, si son état de santé et l'avis du médecin consulté le permettent.

NOM / PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE

N° SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ :

Observations particulières concernant la santé de mon enfant (allergie, traitement en cours...)

.....

.....

Personne à joindre en cas d'urgence :

.....

Fait à Saumur, le

Signature des parents ou représentant légal
Précédée de la mention « Lu et approuvé »