AUTORISATION PARENTALE DE SOIN POUR UN ENFANT MINEUR

Dans le cadre d'un déplacement sportif.

Par la présente, Je soussigné(e) Monsieur/ Madame (nom, prénom)_____
_____demeurant_____
_____ autorise mon enfant (nom, prénom)_____
né(e) le ____/____/ 20___
dont je suis le Père / la Mère / le tuteur légal autorise, M ou Mme _____
demeurant_____ et/ou *M ou Mme*_____
_____*demeurant*_____,

à prendre toutes les décisions médicales nécessaires à la santé de notre(nos) garçon/fille/enfants en cas d'urgence.

Cette autorisation prend effet du ____/____/20____ au ____/____/*20*____ , période durant laquelle il(s) ou elle(s) sera (ont) sous leur garde.

Si nécessaire, je demeure joignable :
Tél. mobile : _____

Tél. du domicile : _____

Tél. professionnel : _____

E-mail : _____

La présente autorisation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à _____le _____.

Signature du représentant légal