



HOT FRISBEE CLUB CELLOIS

AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION POUR UN MINEUR

SAISON

Je soussigné, (nom, prénom) père, mère ou tuteur de (nom et prénom du mineur)
..... né(e) le à
couvert par le N° sécurité sociale : autorise le président du Hot Frisbee Club Cellois
ou à défaut le responsable de l'encadrement dont fait partie l'enfant précité à prendre, sur avis médical, en cas d'accident du joueur, toutes mesures
d'urgence, tant médicales que chirurgicales et demande à être informé de toute décision d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

Fait à, le

Signature

	Nom - Prénom	Téléphone	E-Mail
Personne à prévenir en cas d'urgence			
Personne à prévenir en cas d'urgence			
Médecin traitant			

Traitement ou observation particulière / allergie	
---	--