



AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE MEDICALE ET D'HOSPITALISATION

Je, soussigné (responsable légal),

Adresse :

.....

Téléphone :

Portable :

Email :

... responsable légal de l'enfant ou des enfants (noms et prénoms)... :

1-

2-

3-

4-

... autorise les responsables du club de l'USCP BASKET à prendre toutes les décisions nécessaires de soins, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale constatées par un médecin en cas de nécessité d'urgence.

Réserves éventuelles :

Cette autorisation est valable pour toute la durée de la saison 2017/2018 de basket-ball.

Fait à, le

Signature du ou des responsable(s) (précédée de la mention « Bon pour accord »)