



AUTORISATION DE SOINS & SUITE A DONNER



ADHERENT MINEUR

Je soussigné : _____

Père Mère Tuteur

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur :

Nom/Prénom de l'enfant : _____

Né(e) le : _____ **à :** _____

N° de Sécurité sociale : _____



ADHERENT MAJEUR

Je soussigné : _____

Né(e) le : _____ **à :** _____

N° de Sécurité sociale : _____

Autorise d'une part, les responsables de Talence Gymnastique, à faire pratiquer par un médecin tous les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic, en cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention urgente, ainsi qu'une hospitalisation.



Et autorise d'autre part, le chirurgien et l'anesthésiste réanimateur à pratiquer tous les actes liés à une intervention chirurgicale ainsi que ceux détachables du processus opératoire.

Cette autorisation est valable du 1^{er} Septembre 2021 au 15 Septembre 2022.



Fait à _____ **Le** _____

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »



PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT



Nom / Prénom :	Personne 1 : _____	Personne 2 : _____
Tél. Fixe :	_____	_____
Tél. Portable :	_____	_____
Adresse / Code Postal / Ville :	_____	_____



CONTRE-INDICATIONS MEDICALES
