



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.



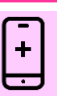
Et autorise d'autre part, le chirurgien et l'anesthésiste réanimateur à pratiquer tous les actes liés à une intervention chirurgicale ainsi que ceux détachables du processus opératoire.

Cette autorisation est valable du 1^{er} Septembre 2022 au 15 Septembre 2023.



Fait à _____
 Signature précédée de la mention
 « Lu et approuvé »

Le _____



PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

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



CONTRE-INDICATIONS MEDICALES

