



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 2024 au 15 Septembre 2025.



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

