Autorisation d'intervention chirurgicale

Je soussigné(e) .....

autorise

pour mon enfant .....
né(e) le .....
domicilié(e) au .....

- ✓ **le transport à l'hôpital en cas d'urgence**
- ✓ **le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie**
- ✓ **le médecin à pratiquer une radiographie ou les soins nécessaires**

téléphone des personnes à
prévenir en cas d'accident .....
.....

Date : ……..

Signature des parents

Décharge de responsabilité de l'association

Je soussigné(e) .....

autorise

mon enfant .....
né(e) le .....
domicilié(e) au .....

à quitter seul(e) le lieu de pratique du badminton dans le cadre de l'association.

Date : ……..

Signature des parents