



Autorisation pour mineur Hospitalisation et intervention chirurgicale

SAISON 2019/2020

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Agissant en qualité de père, mère ou tuteur légal de :

Nom : Prénom :

Né(e) le :

Autorise en cas d'accident ou de blessure lors des activités proposées par le Badminton Club de Menucourt (entraînements, loisirs et compétitions) :

- Le transport à l'hôpital en cas d'urgence
- Le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie
- Le médecin à pratiquer un acte radiologique ou les soins nécessaires

Autre personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Date :/...../20.....

Signature du représentant légal