



AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE ET DE SOINS

Je soussigné(e) :

☒ Père

☒ Mère

☒ Responsable légal

Adresse :

Numéro de téléphone d'urgence :

AUTORISE :

MON ENFANT (Nom - Prénom) :

☒ A être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des activités sportives et fédérales

☒ A être transporté par les services de secours pour toute urgence médicale au centre hospitalier le plus proche

Fait à

Le (date)

Signature du représentant légal

Coordonnées : AS judo-vaureal est l'Association Sportive Vauréal Judo, domiciliée à Mairie de Vauréal, 1, place du Cœur Battant 95490 Vauréal. (tél. 07 59 79 59 88, email secretariat@judo-vaureal.com)

Association loi 1901 - Siret : 382 603 744 00022 APE 9312Z - Secrétariat (Nancy) [07 59 79 59 88](tel:0759795988) - Affiliation F.F.J.D.A. : 95.95.044.0 - Affiliation D.D.J.S. Val d'Oise : 95.94.S.22