AUTORISATION PARENTALE DE SOINS

POUR LES MINEURS

Je soussigné(e), ... père/mère/responsable légal*

de l'enfant : (Nom-Prénom).....

- autorise le responsable de l'encadrement du club d'aviron d'Evry-Courcouronnes à faire intervenir du personnel médical pour faire tout acte médical que nécessiterait l'état de mon enfant.

- autorise le responsable de l'encadrement du club d'aviron d'Evry-Courcouronnes à faire hospitaliser ou opérer mon enfant en cas d'urgence.

- demande à être informé de toute décision d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale en me téléphonant au :

(N° de téléphone où joindre père, mère ou responsable légal)

Cette autorisation est valable pour la saison 2025/2026 dans le cadre des entrainements, sorties, compétitions et stages.

Fait à ..... Le.....

Signature(s)

*Barrer les mentions inutiles