



AUTORISATION PARENTALE D'URGENCE MÉDICALE ET CHIRURGICALE

Je soussigné(e)/nous soussignés (nom et prénom du/des représentants légaux) :

.....
.....
domicilié(s).....
.....

autorise/autorisons les membres de l'encadrement du Comité départemental de golf de l'Ain à prendre toutes dispositions en cas de maladie ou d'accident durant les regroupements et compétitions encadrés par le Comité.

Je les autorise/nous les autorisons notamment à avertir les services de secours d'urgence afin que l'enfant mineur (nom et prénom) né le soit orienté vers une structure hospitalière.

Les membres de l'encadrement s'efforceront de prévenir le/les représentants légaux dans les meilleurs délais aux numéros suivants :
téléphone domicile

Mère :

n° portable
téléphone travail
courriel

Père :

n° portable
téléphone travail
courriel

Autre contact :

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de prévenir les parents :

.....

Observations éventuelles *(traitements médicaux, allergies, autres informations utiles.)

.....
.....
.....

Fait à le

Signature du/des représentants légaux