

## AUTORISATIONS PARENTALES

Nous, soussignés mère et père ou tuteur de l'enfant mineur (e)

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	NOM :
Né(e) le :	Prénom :

### AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION MÉDICALE OU CHIRURGICALE

<input type="checkbox"/>	<b>Autorisons</b> le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) ou un adhérent présent pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant mineur(e).
<input type="checkbox"/>	Observations particulières utiles de porter à la connaissance des secours (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) :

### AUTORISATION DE TRANSPORT EN VOITURE EN CAS DE NÉCESSITE ABSOLUE

<input type="checkbox"/>	<b>Autorisons</b> le transport de notre enfant mineur(e) dans un véhicule
<input type="checkbox"/>	<b>N'autorisons pas</b> le transport de notre enfant mineur(e) dans un véhicule

Fait en 2 exemplaires à :

Le :

Signature des parents ou tuteur :

Mère  
NOM et Prénom+ signature

Père  
Nom/prénom/signature

Tuteur  
Nom/prénom/signature