



AUTORISATION PARENTALE DE TRANSPORT DE MINEUR

Je soussigné(e)

Prénom _____ **Nom** _____

Agissant en qualité de *Rayer mention inutile*
père mère tuteur(risse) légal(e)

Adresse complète _____

Téléphone : _____

Autorise par la présente l'Association des Modélistes Givordins AMG à transporter mon enfant pour le transfert à l'hôpital ou par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant mineur(e).
Observations particulières utiles de porter à la connaissance des secours (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) :

Prénom de l'enfant _____

Nom de l'enfant _____

Date de naissance de l'enfant _____

Lieu de naissance de l'enfant _____

Adresse de l'enfant _____

Fait à _____ , le _____

(Mention manuscrite obligatoire : « Lu et approuvé »)

Signature du responsable légal :