



AUTORISATION PARENTALE D'URGENCE MEDICALE ET CHIRURGICALE

Je soussigné(e)/nous soussignés (Nom et prénom des représentants légaux ou du représentant légal) :

.....

Domicilié(s)(e) au :

.....

.....

Autorise(ons) les membres de l'encadrement administratif et /ou technique de la ligue de golf Auvergne-Rhône-Alpes à prendre toutes dispositions en cas de maladie ou d'accident et notamment à avertir les services de secours d'urgence afin que le joueur mineur (nom et prénom) né le soit orienté vers une structure hospitalière.

La ligue Auvergne-Rhône-Alpes s'efforcera de prévenir les représentants légaux ou le représentant légal dans les meilleurs délais aux numéros suivants :

N° de téléphone domicile

N° de portable de la mère

N° de téléphone du travail de la mère

N° de portable du père

N° de téléphone du travail du père.....

N° de téléphone le cas échéant d'une personne susceptible de vous prévenir

.....

Courriel

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

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à le

Signature de la mère et du père

**Document non confidentiel. Pour toutes informations confidentielles merci de les transmettre sous enveloppe fermée à l'attention du Médecin de la ligue de golf Auvergne-Rhône-Alpes.*