

Autorisation de soins médicaux pour enfants mineurs

Je soussigné(e) (Père, Mère ou tuteur légal) *

Adresse

Code Postal Ville

Tél portable Tél domicile

N° de SS Nom et adresse de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Autorise les responsables du club Roller Provence Méditerranée à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, après consultation d'un praticien, au mineur:

Nom Prénom

Né(e) le à

Personne à contacter en cas d'urgence (Père, Mère ou tuteur légal) *

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Tél portable Tél domicile

Personnes à contacter autre que le responsable légal dans le cas où vous ne seriez pas joignable

Nom Prénom

Lien de parenté

Adresse

Code Postal Ville

Tél portable Tél domicile

L'enfant souffre-t-il d'allergies ? Asthmes Alimentaires Médicamenteuses Autres
(Précisez) :

Je m'engage à rembourser le club Roller Provence Méditerranée l'intégralité des frais (médicaux et Pharmaceutiques) avancés pour mon compte. Je déclare exacts et sincères tous les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à Le

Signature des deux parents ou du représentant légal
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)