

AUTORISATION DE PARTICIPATION AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

Je soussigné *Prénom NOM du représentant légal*

Adresse :

Tel :

Courriel :

N° de sécurité sociale :

Nom et N° de la police d'assurance :

- autorise mon enfant *Prénom NOM de l'enfant* à participer à la Rencontre RMT Karting 2019 de Limoges du lundi 3 juin au mardi 4 juin 2019 ;
- autorise les responsables du séjour à faire donner au mineur tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après la consultation d'un praticien :

Prénom et NOM de l'enfant : *Prénom NOM de l'enfant*

Né(e) le :

Sexe :

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'accident est :

une autre personne à prévenir en cas d'absence du représentant légal

Date :

Signature obligatoire et précédée de la mention « lu et approuvé » :