

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 « Mobilim Challenge ton Kart 2020 de Limoges » du lundi 25 mai au vendredi 29 mai 2020;
- 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 » :