

## **AUTORISATION PARENTALE**

***Nous, soussignés,\****

Monsieur \_\_\_\_\_ , père  
et/ou

Madame \_\_\_\_\_ , mère

Ou

Monsieur, Madame \_\_\_\_\_ , tuteur légal,

\*rayer la mention inutile

Autorisons, au cours du stage, les éducateurs du FC Neuville Saint Rémy à prendre toutes décisions qu'ils jugeront utiles concernant la santé et notamment :

- LES SOINS MEDICAUX d'URGENCE
- L'HOSPITALISATION

sur l'enfant :

Nom :

Prénom ;

né(e) le :

à

Problèmes médicaux, allergies :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Tel :

Portable :

Fait à \_\_\_\_\_ ,

le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2019

Signature et qualité :

Joindre une photocopie de la carte vitale, de votre mutuelle ainsi que la photocopie des vaccinations.