

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(ent) 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 àle.....

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.