



AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX Saison 2018-2019
A compléter pour les enfants mineurs

Je soussigné-e

Responsable légal-e de l'enfant : Né-e le

Né-e le

Adresse :

Code Postal Ville :

Téléphone :

Autorise les responsables de l'AAJB GR à :

- Faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident
- Faire prendre en charge par un service d'urgence (pompiers, SAMU,...)
- Faire hospitaliser en cas d'urgence
- Faire soigner dès que son état physique le nécessite
- Je m'engage à rembourser à l'AAJB GR l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

En mon absence, personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

OBSERVATIONS PARTICULIERES que vous jugerez utiles de communiquer aux membres de l'AAJB GR (traitements en cours, précautions à prendre, allergies, médicaments non autorisés...) :

.....

Fait à, Le/...../.....

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » :

.....



AUTORISATION DE TRANSPORT Saison 2018-2019
A compléter pour les enfants mineurs

Je soussigné-e

Responsable légal-e de l'enfant : Né-e le

Adresse :

Code Postal Ville :

Téléphone :

Autorise les responsables de l'AAJB GR à transporter mon enfant dans leur véhicule afin de se rendre sur les lieux d'entraînement et de compétition.

Fait à, Le/...../.....

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » :