



**AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX Saison 2021-2022**  
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 2021-2022**  
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'entrainement et de compétition.

Fait à ....., Le ...../...../.....

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