



Autorisation de soins **d'urgences**



Je soussigné *(nom/prénom de la personne ou représentant légal s'il s'agit d'un mineur)* :

Nom :

Prénom :

demeurant (adresse):

Rue:

Code postal:

Ville:

Autorise :

☐ Pour moi-même

☐ Pour le mineur (nom, prénom) :

le responsable du club Subaquatique St Cyprien ou ses représentants à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'accident.

Notamment la demande de transport et de prise en charge par les services médicaux.

Fait à :

Le :

Signature « Lu et Approuvé »