TRITON'S CLUB
Centre Aquatique
Rue Charles de Gaulle
45140 Saint-Jean-de-la-Ruelle

AUTORISATION MEDICALE

Je, soussigné(e),

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

N° TEL Domicile : ..... Tel Mobile : .....

En qualité de : Père Mère Tuteur

Du/de la plongeur(se) :
certifie donner tout pouvoir à ....., encadrant au TRITON'S CLUB, pour prendre toutes les décisions médicales d'urgence et pour tous soins nécessaires à l'enfant ci-dessus désigné, durant la sortie organisée par le présent club sur la saison en cours, et certifie le dégager de toutes responsabilités en cas d'accident pendant ce voyage organisé.

Groupe sanguin du plongeur :

Fait à : Le :

Signature :

Merci de bien vouloir munir l'enfant de :

- la liste éventuelle des aliments ou médicaments contre-indiqués (allergies),
- son traitement en cours (ordonnance et médicaments)