

## AUTORISATION PARENTALE D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e) Madame ou Monsieur \_\_\_\_\_, autorise mon enfant \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_/\_\_/\_\_ à participer aux activités de l'association Camouflage Street Crew et ne déclare aucune contre-indication à la pratique de sports de glisse.

Si un accident devait se produire lors d'une activité proposée par l'association Camouflage Street Crew, j'autorise mon enfant à être hospitalisé(e) et à subir une intervention chirurgicale si nécessaire dans le centre médical le plus proche.

Rappel des informations importantes :

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Numéro du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Fait le \_\_/\_\_/\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature (précédée de la mention Lu et approuvé) :

