



AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX

Je soussigné(e)

.....
n° de sécurité sociale

.....
autorise l'ASE Karaté à faire donner au mineur

.....
tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou autre affection grave, après consultation d'un praticien.

Fait àle / /

Signature (*obligatoire, précédée de la mention « lu et approuvé »*)

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

Je soussigné(e)

.....
autorise n'autorise pas

.....
mon enfant

.....
a se déplacer non accompagné par un parent lors de son trajet entre le gymnase et son domicile.

Tout adhérent arrivant avec un retard de plus de 10 mn ne sera pas admis.

Fait àle / /

Signature (*obligatoire, précédée de la mention « lu et approuvé »*)