



AUTORISATION PARENTALE EN CAS d'ACCIDENT

J'ai été informé et je suis conscient des risques liés à la pratique du ski

NOM – Prénom de l'enfant :

Personne à avertir :

Tel :

Nom de l'assuré :

N° de Sécurité Sociale

MUTUELLE (Nom et adresse) :

.....

NOM du médecin traitant :

Observations (traitement, allergie, pathologie, trouble du comportement, handicap physique ou mental, etc...) :

.....

.....

Je soussigné(e), Madame (Monsieur*)

demeurant.....

.....

représentant légal de l'enfant.....

né(e) le

- Autorise l'autorité médicale compétente à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant en cas d'accident survenu dans le cadre des sorties de ski organisées par l'association A.T.E.L SKI de Thonon les bains.

- Autorise, la personne en charge de la sécurité à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Date et Signature précédée de la mention « **Lu et approuvé** ».

Fait à :

Signature

Le :