



Cercle d'Escrime Saintais

Saison 2024-2025

AUTORISATION DE SOINS EN URGENCE
Exemplaire 1 : à remettre au dossier d'inscription

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

SI L'ADHÉRENT EST MINEUR :

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse (si différente) :

N° tél. domicile :

N° tél portable :

J'autorise les responsables du CES, à faire pratiquer sur mon enfant, en cas d'urgence, tous soins, toute hospitalisation ou opération chirurgicale nécessaires.

* N° Sécurité Sociale :

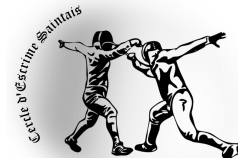
* DATE du dernier RAPPEL ANTITÉTANIQUE :

* RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES (allergies, traitements, pathologies particulières,...) :

.....
.....
.....
.....

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

** si vous souhaitez les communiquer*



Cercle d'Escrime Saintais

Saison 2024-2025

AUTORISATION DE SOINS EN URGENCE
Exemplaire 2 : à conserver dans votre sac d'escrime

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

SI L'ADHÉRENT EST MINEUR :

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse (si différente) :

N° tél. domicile :

N° tél portable :

J'autorise les responsables du CES, à faire pratiquer sur mon enfant, en cas d'urgence, tous soins, toute hospitalisation ou opération chirurgicale nécessaires.

* N° Sécurité Sociale :

* DATE du dernier RAPPEL ANTITÉTANIQUE :

* RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES (allergies, traitements, pathologies particulières,...) :

.....
.....
.....
.....

SIGNATURE de l'adhérent ou du représentant légal

** si vous souhaitez les communiquer*