

AUTORISATION PARENTALE : Soins et Transports.

!!! Merci de bien vouloir remplir tout le document

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Agissant en tant que : Père Mère Tuteur

Responsable de

Nom et prénom : _____

Né(e) le : _____ A : _____

AUTORISE LES RESPONSABLES DU CAG ARGOVI. présents sur les lieux et nommément désignés pour les circonstances, à prendre toutes les mesures qu'ils jugeront nécessaires en cas de **BLESSURES ou d'ACCIDENT DE L'ADHERENT(E)** identifié(e) ci-dessus ; dont le transport par **les secours officiels** (pompiers, secouristes ...) **à l'hôpital** géographique le plus proche du lieu de l'accident pour examen(s), soins et/ou hospitalisation si besoin.

Après examen(s) et soin(s) éventuel(s) **SANS HOSPITALISATION**

J'AUTORISE :

JE N'AUTORISE PAS :

Les responsables du **CAG ARGOVI.** Présents et nommément désignés pour la circonstance, à effectuer la sortie de l'établissement hospitalier de l'ADHERENT(E) objet du présent document.

N° de sécurité sociale couvrant l'adhérent(e)	
Date de la dernière vaccination antitétanique	
Personne à prévenir SI AUTRE QUE LE JE SOUSSIGNE (nom prénom, téléphone)	

Fait à : _____ Le : _____

Signature, précédée de « lu et approuvé » :

AUTORISE A FAIRE VOYAGER L'ADHERENT(E) identifié(e) ci-dessus à bord d'un véhicule de particulier utilisé pour transporter des adhérents du club en compétition, sous réserve impérative que le conducteur et son véhicule soient convenablement assurés contre tous les risques d'accident pouvant survenir au cours de ce transport effectué à titre gratuit.

Fait à _____ Le _____

Signature, précédée de « lu et approuvé » :