



AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

(Pour les enfants mineurs à remplir par les parents)

Responsable légal :

Je soussigné(e)
(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse

Code Postal Ville

Tél Portable Tél Professionnel

N° et adresse de Sécurité Sociale

N° et adresse de votre Mutuelle

N° et adresse du Médecin traitant

Autorise en cas d'urgence, les responsables de l'Association CLAR Lyon Basket à faire pratiquer sur mon enfant toutes interventions chirurgicales et tous les soins médicaux que le Médecin jugera nécessaires.

Enfant :

Nom

Prénom

Né(e), le à

N° de licence FFBB

L'enfant souffre t'il d'allergies ? (cochez si OUI)

- Médicamenteuses
- Alimentaires
- Asthmes
- Autres (précisez) :

Je m'engage à rembourser à l'Association CLAR Lyon Basket l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques avancés pour mon compte.

Je déclare exacts et sincères tous les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à Lyon, le

Signature

(obligatoire, précédée de le mention « lu et approuvé »)