

ECOLE de RUGBY SCA Pays de Pamiers

Autorisation de soins et renseignements médicaux

Identité de l'enfant :

Nom : Prénom :

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Médecin traitant : Tél :

N° SS de l'assuré social qui couvre l'enfant :

Nom de la mutuelle et N° de contrat :

(Merci de joindre une photocopie de la carte mutuelle)

Je soussigné, Mr demeurant

autorise les éducateurs de l'Ecole de Rugby SCA Pays de Pamiers, à prendre les dispositions nécessaires pour la santé de mon enfant (hospitalisation, soins, Radios, Scanners, etc...) dans le cadre de la pratique du rugby au sein de l'Ecole de Rugby et des activités associées (Voyage de fin de saison par exemple).

Je soussigné, Mme demeurant

autorise les éducateurs de l'Ecole de Rugby SCA Pays de Pamiers, à prendre les dispositions nécessaires pour la santé de mon enfant (hospitalisation, soins, Radios, Scanners, etc...) dans le cadre de la pratique du rugby au sein de l'Ecole de Rugby et des activités associées (Voyage de fin de saison par exemple).

Je déclare que mon enfant a ou a eu les pathologies suivantes :

◇

◇

◇

◇

Je déclare que mon enfant ne souffre d'aucune allergie connue : OUI ◇ NON ◇ (1)

Si NON, quelles sont elles ?

◇

◇

◇

◇

Je déclare que mon enfant ne suit aucun traitement : OUI ◇ NON ◇ (1)

Si NON, quels sont ils ?

◇

◇

◇

◇

Date et signature des deux parents ou du responsable légal
précédées de la mention «du et approuvé »

Mère

Père

Responsable Légal