

Madame, monsieur,

Tuteur légal de

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Autorise les responsables du stage de formation à procéder à l'hospitalisation de notre enfant si cela s'avère nécessaire.

N'autorise pas les responsables du stage de formation à procéder à l'hospitalisation de notre enfant si cela s'avère nécessaire.

J'autorise également les éventuelles interventions chirurgicales

Je n'autorise pas les éventuelles interventions chirurgicales

Numéro de sécurité sociale:

Groupe sanguin :

Traitement médical en cours :

Allergies :

Date :

Signature :

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), autorise à titre gracieux le Comité Régional d'Escrime de Normandie à fixer et à reproduire mon image ou celle de mon (mes) enfant(s) mineur(s) dans le cadre de la création et de l'exploitation de documents promotionnels et d'information (presse, site internet, brochure Etc.)

J'autorise

Je n'autorise pas

Date :

Signature :