



AUTORISATION DE PARTICIPATION AUX ACTIVITES AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET DE SOINS D'URGENCE

Je soussigné(e)

Nom et prénom du responsable légal :

.....

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Autorise mon fils / ma fille (rayer la mention inutile):

Nom et prénom de l'enfant :

.....

Date de naissance :

A participer aux activités du club D-DAY DIVING (participation aux séances piscine, aux plongées, aux évènements du club, y compris aux transports le nécessitant si besoin, etc.), pour toute la durée de la saison sportive en cours.

En cas d'accident ou de maladie aigue survenant lors d'une activité organisée par le club :

J'autorise les responsables du club D-DAY DIVING à prendre toutes les mesures nécessaires concernant les soins médicaux d'urgence, y compris :

- le transport en ambulance ou par tout autre moyen approprié vers un centre médical ou hospitalier,
- la consultation médicale,
- l'administration de soins urgents,
- l'hospitalisation, si le médecin le juge nécessaire.

Je dégage le club D-DAY DIVING, ses dirigeants, encadrants et bénévoles, de toute responsabilité en dehors de celle leur incombant dans le cadre de leurs fonctions associatives.

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone portable :

Autre numéro utile :

Médecin traitant :

Nom et prénom :

Téléphone :

Allergies / traitements / particularités médicales :

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

Fait à, le

Signature du représentant légal précédée de la mention "Lu et approuvé" :

.....