

AUTORISATION PARENTALE

Pour les mineurs

Je soussigné(e) (nom, prénom) :

Agissant en qualité de : père mère tuteur légal

Autorise (nom, prénom) :

À participer à la formation et à y pratiquer toutes les activités proposées.

J'autorise tout médecin responsable à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon fils ou ma fille, et m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et les frais annexes engagés.

Fait à Le/...../.....

Signature :