

AUTORISATION PARENTALE D'HOSPITALISATION ET D'OPERATION

Je soussigné (e) Monsieur ou Madame*

.....

(Père, Mère, Représentant (e) légal(e))*

Autorise mon fils / ma fille*

Né(e) le/...../.....à.....

Et demeurant à.....

A être hospitalisé (e) et le cas échéant à subir une intervention chirurgicale en cas d'accident au cours des déplacements prévus à l'occasion des manifestations sportives 2024-2025 (Cross départemental et national).

* : *rayer les mentions inutiles*

Fait à , **le**

Signature des parents (ou représentant légal)