

ASSOCIATION RENOUVEAU ATHLE

ASAV

SAISON :

CAT :

NOM :

PRENOM :

N° de licence

AUTORISATION D'HOSPITALISATION (Mineur)

Je soussigne

représentant légal de l'enfant

et/ou représentant légal 2.....

autorise(ent) son hospitalisation **en cas d'urgence**, à l'hôpital le plus proche et autorise le médecin à pratiquer les soins appropriés et nécessaires pour traiter cette urgence.

date :

signature(s)

IMPORTANT :

Numéro Sécurité Sociale couvrant l'enfant :

PERSONNES A PREVENIR

NOM.....Téléphone

NOM.....Téléphone

NOM.....Téléphone