



AUTORISATION PARENTALE D'HOSPITALISATION

(Concurrent (e) à partir de minime)

Je, soussigné(e), Madame, Monsieur

demeurant à.....

et agissant en qualité de père, mère, tuteur

de mon fils/ma fille

né(e) le/...../..... à.....

Autorise le transfert, tout examen, soins ou interventions chirurgicales
rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant suite à un accident
ou à une maladie aigue survenue au cours de la 1ère édition des
« 3 Heures VTT » de La Chapelle Saint Aubin dans un établissement de
soins adaptés.

Fait à, le

Signature :

CADRE RESERVE A L'ORGANISATION

Dossier reçu le N° de dossard Équipe de