



## Autorisation parentale d'intervention médicale

Je soussigné (e) (Père, mère ou tuteur<sup>1</sup>) \_\_\_\_\_

de (Nom, Prénom de l'enfant) \_\_\_\_\_

- autorise le responsable de l'encadrement de l'association Salon Triathlon à faire intervenir du Personnel médical pour faire tout acte médical que nécessitera l'état de mon enfant.

- demande à être informé de toute décision d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale en me téléphonant au \_\_\_\_\_ . (N° de téléphone où joindre père, mère ou tuteur).

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature des parents ou tuteur :  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

1 : rayer les mentions inutiles