



Tournoi de Rochefort
Samedi 28 & Dimanche 29 Octobre 2017

AUTORISATION PARENTALE DE SOINS

Je soussigné(e),parent ou tuteur du jeune

..... licencié au club de badminton de
autorise les organisateurs du tournoi du Brc17, qui aura lieu les 28 & 29 Octobre 2017, à agir en mon absence et
prendre toutes les mesures médicales (en cas d'accident ou de malaise) nécessaires auprès de mon enfant.
Celui-ci, sera accompagné et sous la responsabilité de la personne majeure suivante pendant le tournoi :

Nom prénom et qualité :

N° téléphone :

N° téléphone des parents à contacter en urgence :

Date :

Signature du parent ou tuteur



Tournoi de Rochefort
Samedi 28 & Dimanche 29 Octobre 2017

AUTORISATION PARENTALE DE SOINS

Je soussigné(e),parent ou tuteur du jeune

..... licencié au club de badminton de
autorise les organisateurs du tournoi du Brc17, qui aura lieu les 28 & 29 Octobre 2017, à agir en mon absence et
prendre toutes les mesures médicales (en cas d'accident ou de malaise) nécessaires auprès de mon enfant.
Celui-ci, sera accompagné et sous la responsabilité de la personne majeure suivante pendant le tournoi :

Nom prénom et qualité :

N° téléphone :

N° téléphone des parents à contacter en urgence :

Date :

Signature du parent ou tuteur