



ECOLE DE GOLF LA ROCHELLE LA PREE

Autorisation parentale

AUTORISATION PARENTALE D'URGENCE MEDICALE ET CHIRURGICALE

Je soussigné(e) (nom et prénom du représentant légal)

domicilié(e) au

autorise les membres de l'encadrement administratif et/ou technique de l'Association Sportive du Golf de La Rochelle

La Prée à prendre toutes les dispositions en cas de maladie ou d'accident et notamment à avertir les services de

secours d'urgence

eeee

--	--	--	--	--	--	--	--

afin que le(la) joueur(se) mineur(e)

né(e) le

soit orientée vers une structure
hospitalière.

L'Association Sportive du Golf de La Rochelle La Prée s'efforcera de prévenir les représentants légaux dans les meilleurs délais

Téléphone domicile du père :

Téléphone portable du père :

Téléphone domicile de la mère :

Téléphone portable de la mère :

Autre portable :

Observations éventuelles :

Fait à :

le :

en deux exemplaires

Signature du représentant légal :