

Autorisation parentale d'intervention médicale et/ou chirurgicale

Je soussigné(e) Mr, Mme, Melle(1)

.....père, mère ou tuteur(1) de l'enfant
.....né(e) le
...../...../....., demeurant au
.....
.....
.....,

AUTORISONS les membres de la Compagnie d'Arc de Braine ou toute autre personne désignée ci-dessous, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles en cas d'urgence.

Noms et prénoms des autres personnes désignées (autres que les membres du bureau) :

.....
.....
.....
.....

Nous autorisons également le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU, etc...) pour qu'il puisse être pratiqué, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale y compris une anesthésie sur notre enfant. Je souhaite toutefois, dans la mesure du possible, que mon enfant soit dirigé vers l'hôpital ou la clinique de

.....
.....
.....

Je souhaite être averti(e), le plus rapidement possible aux numéros suivants :

Domicile :/...../...../...../..... .

Portable du père :/...../...../...../..... .

Portable de la mère :/...../...../...../..... .

Travail du père :/...../...../...../..... .

Travail de la mère :/...../...../...../..... .

N° d'un tiers pouvant intervenir rapidement :

...../...../...../...../..... .

Si votre enfant est allergique (médicaments ou autres) merci de nous le préciser :

.....
.....
.....
.....

Fait à : **Signature précédée de la
mention manuscrite**

Le : « **Bon pour autorisation
médicale** »

1. Rayer la mention inutile



Compagnie d'arc de Braine

M. LACOUR Jean-Jacques

Avenue Kennedy

02220 Braine