



**AUTORISATION DE SOINS ET INTERVENTION EN
CAS D'URGENCE POUR LES ADHERENTS
MINEURS**



Je soussigné(e) :

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Représentant légal de mon fils, ma fille

NOM :

PRENOM

né (e) le/...../.....

à

- autorise en cas d'accident, le Président ou les éducateurs de l'association des Gas-de-Saint-Thivisiau Landivisiau (GST Landi) à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à hôpital choisi par les sapeurs-pompiers ou le SAMU.

Fait à

Le.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »