



# AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné(e) .....

Représentant légal de l'enfant : .....

Né(e) le ..... autorise les professeurs ou les membres du Club de Patinage sur Glace d'Epinal à prendre toutes les décisions nécessaires en cas d'accident de l'enfant.

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

- ..... Tél : .....
- ..... Tél : .....

Médecin traitant : ..... Tél : .....

Hôpital ou  
Clinique : .....

Remarques éventuelles  
(allergies) : .....  
.....

Fait à Epinal, le

Signature du représentant légal :