



## AUTORISATION PARENTALE D'URGENCE MÉDICALE ET CHIRURGICALE

Je soussigné(e)/nous soussignés (nom et prénom du/des représentants légaux) :

.....  
.....  
domicilié(s).....  
.....

autorise/autorisons les membres de l'encadrement du Comité départemental de golf de l'Ain à prendre toutes dispositions en cas de maladie ou d'accident durant les regroupements et compétitions encadrés par le Comité.

Je les autorise/nous les autorisons notamment à avertir les services de secours d'urgence afin que l'enfant mineur ..... (nom et prénom) né le ..... soit orienté vers une structure hospitalière.

Les membres de l'encadrement s'efforceront de prévenir le/les représentants légaux dans les meilleurs délais aux numéros suivants :  
téléphone domicile .....

**Mère :**  
n° portable .....  
téléphone travail .....  
courriel .....

**Père :**  
n° portable .....  
téléphone travail .....  
courriel .....

**Autre contact :**  
Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de prévenir les parents :  
.....

Observations éventuelles \*(traitements médicaux, allergies, autres informations utiles.)  
.....  
.....  
.....

Fait à ..... le .....

Signature du/des représentants légaux