

**Club Sportif de la Garnison de Rennes
section ESCRIME**

Saison 2019-2020

AUTORISATION DE SOINS EN URGENCE
exemplaire 1 : à remettre au secrétariat de section

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

SI L'ADHÉRENT EST MINEUR :

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse (si différente) :

N° tél. domicile :

N° tél portable :

J'autorise les responsables du CSGR, à faire pratiquer sur mon enfant, en cas d'urgence, tous soins, toute hospitalisation ou opération chirurgicale nécessaires.

* N° Sécurité Sociale :

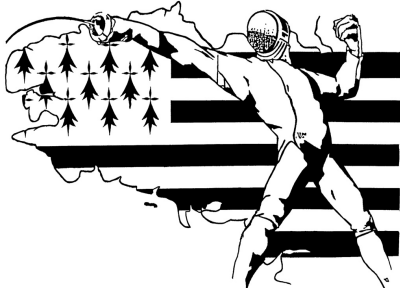
* DATE du dernier RAPPEL ANTITÉTANIQUE :

* RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES (allergies, traitements, pathologies particulières,...) :

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

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

* si vous souhaitez les communiquer



**Club Sportif de la Garnison de Rennes
section ESCRIME**

Saison 2019-2020

AUTORISATION DE SOINS EN URGENCE
exemplaire 2 : à conserver dans votre sac d'escrime

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

SI L'ADHÉRENT EST MINEUR :

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse (si différente) :

N° tél. domicile :

N° tél portable :

J'autorise les responsables du CSGR, à faire pratiquer sur mon enfant, en cas d'urgence, tous soins, toute hospitalisation ou opération chirurgicale nécessaires.

* N° Sécurité Sociale :

* DATE du dernier RAPPEL ANTITÉTANIQUE :

* RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES (allergies, traitements, pathologies particulières,...) :

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

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

** si vous souhaitez les communiquer*