



Saison 2026-2027
AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) :

Adresse :

.....
.....

Téléphone :

.....
.....

Représentant légal de l'enfant mineur :

En cas d'urgence, de maladies ou d'accident, autorise les accompagnateurs du Pays d'Aix Natation, au cours d'un déplacement ou d'une activité organisée par le club, à faire pratiquer tous soins médicaux ou chirurgicaux reconnus nécessaires par un médecin.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant suit-il un traitement médical particulier : ☐ OUI ☐ NON

Si oui lequel :

Allergies médicamenteuses :
.....

Allergies alimentaires :
.....

Fait à, le.....

Signature :