



Saison 2025 - 2026  
AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : .....

Adresse :

.....  
.....

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 :