



**Autorisation de soins en cas d'accident ou de maladie aiguë**  
pour l'école VTT EN VELAY dans le cadre d'une activité encadrée.

**NOM de l'enfant :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Pathologie à déclarer :** .....

**Numéros de téléphone d'un parent pouvant être joint rapidement :**

Tél Père :

Tél Mère :

Tél Tiers :

Nom :

En cas d'accident ou de maladie aiguë, en fonction des soins nécessaires, nous ferons appel soit au pompier, soit au médecin traitant.

Tél Médecin traitant :

Nom :

**Je soussigné :**

Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgical nécessaire.  
Autorise l'encadrant sportif à demander l'admission en établissement de soins.

Date :

Signature :

(pour les enfants mineurs, signature du père, de la mère ou du responsable légal).