

SORTIE ACROBRANCHE SAM 1 et 2 Samedi 13 mai 2023

Nom du judoka : _____ Prénom : _____

GROUPE : _____

Règlement de 10 euros : Hello Asso espèces ( dans une enveloppe avec nom et groupe de votre enfant)

AUTORISATION PARENTALE DE TRANSPORT D'HOSPITALISATION ET DE SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, _____, mère, père, ou tuteur légal de l'enfant _____ né(e) le _____ autorise ma fille ou mon fils à participer la sortie escalade organisé par l'USV judo.

J'autorise également les responsables de l'USV Judo à prendre toutes dispositions et décisions concernant la santé de mon enfant en cas de maladie ou d'accident pouvant survenir pendant la sortie, si le cas le justifie et en cas d'impossibilité à joindre les parents ou responsables légaux (ex: anesthésie, intervention chirurgicale).

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____

Portable : _____

N° SS : _____

Nom et adresse Mutuelle : _____

Fait le : _____ à : _____

Signature des parents ou du tuteur légal :



USV JUDO – Centre sportif de la Piscine – Route de Léognan
33140 Villenave d'Ornon
Tel : 05 56 75 84 62 - Email : usv.judo@wanadoo.fr
Site : <http://assos.villenavedornon.fr/usvjudo>

