

AUTORISATION DE SOINS EN URGENCE SAISON 2025/2026

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	

SI L'ADHÉRENT(E) EST MINEUR(E)

Son représentant légal :

Nom	
Prénom	
Adresse	
Tél. portable / domicile	

J'autorise les responsables du Cercle d'Esgrime de Saintes, à faire pratiquer sur mon enfant, en cas d'urgence, tout soin, toute hospitalisation ou opération chirurgicale jugée nécessaire par les services de secours.

Information complémentaires facultatives :

N° Sécurité Sociale :	
DATE du dernier RAPPEL ANTITÉTANIQUE :	
RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES (allergies, traitements, pathologies particulières,...) :	

En complément de l'exemplaire transmis lors de l'inscription, un exemplaire imprimé est à conserver dans le sac d'escrime.

Date et signature de l'adhérent(e)
(ou de son représentant légale si mineur(e))