



NL ROLLING SCHOOL

Saison 2024 - 2025

AUTORISATION PARENTALE ET FEUILLE DE SOINS MEDICAUX

(Formulaire obligatoire pour les personnes de moins de 18 ans)

Je soussigné (nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Mr, Mme, Mlle.....

N° de sécurité sociale

Profession.....

Téléphone fixe.....

Téléphone portable.....

Adresse email.....

Autorise les responsables de l'association **Nouvelle Ligne** (titulaire du Diplôme d'Etat d'éducateur sportif et du Certificat de Qualification Professionnel) à faire donner tous les soins médicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident.

A l'enfant (nom, prénom) Né le :

A l'enfant (nom, prénom) Né le :

Nous signaler toutes les informations importantes à apporter aux secouristes ou médecins :

.....
.....

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'accident sera :

Nom Prénom.....

Lien de parenté.....

Adresse.....

Téléphone fixe

Téléphone portable.....

Je m'engage à rembourser éventuellement, a l'association **Nouvelle Ligne**, Les frais médicaux et pharmaceutiques déboursés pour mon compte.

Je certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date et lieu, Mention lu et approuvé, Signature

Mention lu et approuvé :

Date et lieu :

Signature du pratiquant :

Signature du représentant légal :