**JARGEAU ST DENIS FC** Document recto/verso

Stade de la Cherelle 45150 JARGEAU Tél :06.26.64.42.19 E.mail :552008@lcfoot.fr

 **AUTORISATION INTERVENTION CHIRURGICALE**

Je soussigné(e………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

AUTORISE

N’AUTORISE PAS (rayer la mention inutile)

Les responsables des hôpitaux ou cliniques à pratiquer toute intervention d’urgence, jugée utile dans l’intérêt de mon enfant pour la saison 201 /201 .

NOM :………………………………………………………………………..PRENOM………………………………………………………………

Qualité du signataire : Père : Mère : Tuteur :

Fait à ………………………………………………………………

Date :…………………………………………………………………….

Signature :