**Autorisation de soins médicaux**

**Nom et prénom de l’enfant :** ............................................................
**Date de naissance :** ....................................................................
**Adresse :** ............................................................................................
**Nom et prénom du parent ou responsable légal :** ..............................................
**Téléphone(s) à contacter en cas d’urgence :** ..............................................
**Adresse e-mail :** ...........................................................................

Je soussigné(e),
**[Nom et prénom du parent ou responsable légal]**,
autorise les responsables du club **Bauges Ski Nordique** à faire appel à un professionnel de santé ou à faire transporter mon enfant en centre de soins (hôpital, clinique, etc.) en cas d’urgence médicale ou d’accident survenant pendant les activités encadrées par le club.

Je reconnais avoir été informé(e) que cette autorisation est nécessaire pour permettre une prise en charge rapide et adaptée de mon enfant, en cas de besoin, durant les stages, entraînements ou déplacements organisés par le club.

Je déclare également avoir transmis au club toutes les informations utiles concernant la santé de mon enfant via la fiche sanitaire de liaison.

Fait à : ...................................., le : ......................

**Signature du parent ou représentant légal précédée de la mention "Lu et approuvé"** :
.....................................................................................