



Je, soussigné(e) M. / Mme / Représentant légal :

De : NOM : Prénom :

Né(e) le :

Autorise les responsables de **DENAIN NATATION-CAPH** à prendre toute décision et à faire procéder à toute intervention médicale qu'imposerait son état de santé.

Fait à, le

Signature :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : Prénom :

Adresse postale :

.....

.....

.....

Téléphone, fixe : Portable :

Numéro de Sécurité Sociale sous lequel l'enfant est pris en

charge :, Clé :