



HARDOYTARRAK PELOTE BASQUE

88, rue de Hardoy
64600 Anglet

Tél. 05 59 31 09 70
Mél. hardoytarrak@orange.fr
Web: www.hardoytarrak.eu

agrément jeunesse et sport N° 01S35

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e)

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

Adresse

Code postal _____ Ville

Adresse courriel _____ Tél. portable

Tél. domicile _____ Tél. bureau

N° de Sécurité Sociale _____

Adresse de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Nom du médecin traitant : _____

Tél. _____

Autorise les responsables de l'association Hardoytarrak à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur :

Nom _____ Prénom

Date _____ et Lieu de naissance

S'il survient un accident sans urgence, tout effort sera fait par l'encadrement pour contacter les parents en priorité.

Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")

Fait à _____

Le _____