



AUTORISATION DE SOINS ET DE TRANSPORT

Pour personne mineure

Nous soussigné(e)s :

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone(s) : _____

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone(s) : _____

Agissant en tant que : ☐ Père ☐ Père ☐ Mère ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Tuteur

Responsable de Nom et Prénom : _____

Né(e) le : _____ / _____ / _____ À : _____

Autorisons les responsables de la Section de Jeunes Sapeurs-Pompiers de l'agglomération Dacquoise présents sur les lieux à prendre toutes les mesures qu'ils jugeront nécessaires en cas de blessures ou d'accident de la personne mineure désigné ci-dessus ; dont le transport à l'hôpital ou la structure de soins la plus proche du lieu de l'accident pour examen(s), soins et/ou hospitalisation si besoin.

N° de Sécurité Sociale couvrant le mineur	
Date de la dernière vaccination antitétanique	
Personne à prévenir (si autre que mentionnée plus haut)	

Fait à : _____ Le : _____

Signatures DES représentants légaux, précédées de la mention « lu et approuvé »