

# AUTORISATION PARENTALE

## ANNEXE OBLIGATOIRE - ADHESION D'UN MINEUR

JE SOUSSIGNE :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_ EMAIL : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de :     Père             Mère             Tuteur

AUTORISE

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

A être adhérent de l'association **CLAN HELHEIM ASSOCIATION**

**Intervention Chirurgicale** : j'autorise le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur mon enfant.

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion et feront l'objet d'un traitement informatique. Elles sont destinées uniquement au secrétariat de l'association et vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant, conformément à Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_/\_\_\_/ 20....

Signature du représentant légal :

