AKITANIA PELOTE BASQUE

ATTESTATION PARENTALE

N°

NOM : _____ Prénoms : _____

Date de naissance : _____ à : _____

Adresse de la famille : _____

Téléphone domicile : _____

Etablissement scolaire fréquenté : _____

_____ Classe : _____

Je soussigné,
M. et/ou Mme : _____

Matricule Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Responsable légal de _____

demande qu'en cas d'accident on alerte mon médecin personnel,
le Docteur _____ Tél. _____
et autorise le transport de mon enfant ou de moi-même vers l'établissement hospitalier le plus proche.

En cas d'urgence, je puis être contacté à : _____

Téléphone : _____ (Tél. Prof. - Dom.)

Je précise ici les contre-indications médicales pour mon enfant ou d'éventuelles allergies : _____

Mon enfant a subi les vaccins obligatoires :

Polio : ☐ OUI ☐ NON Dernier rappel, le : _____

Tétanos : ☐ OUI ☐ NON Dernier rappel, le : _____

Date et signature :