



**AUTORISATION
Médicale
Séjour « Tous en selle »
Eté 2020**

Je soussigné (e)

Nom, prénom adresse et numéro de téléphone

.....

Responsable légal de l'enfant

Nom, prénom

.....

Accepte que ce dernier participe à toutes les activités, compte tenu de l'avis médical joint.

Autorise la direction à faire participer sur lui, en cas d'urgence et sur décision du médecin, toute hospitalisation ou opération chirurgicale et anesthésie nécessités par son état ainsi que de payer l'ensemble ou la part des frais due à cette prise en charge. Un contact rapide sera de toute façon pris avec la famille.

Fait à le

Signature des représentants légaux précédée de la mention « lu et approuvé »