Autorisation de soins ou intervention chirurgicale en urgence

Je, soussigné(e), Monsieur NOM Prénom

domicilié(e) au Adresse

agissant en qualité de père de l'enfant :

NOM : Nom de l'enfant
Prénom : Prénom de l'enfant
né le : Date de naissance de l'enfant

autorise, à l'occasion du déplacement à Weiterstadt (Allemagne) du 13 Mai au 17 Mai 2026, Madame KONIEZNA Chrystel, présidente de l'USV Tennis de Table (École La Garenne, Allée des Bleuets, 78480 Verneuil sur Seine), à faire pratiquer les soins ou intervention chirurgicale d'urgence si l'état de mon enfant le nécessite.

Prévenir des éventuelles allergies :

Fait à Ville
le Date

Signature