

AUTORISATIONS POUR LES MINEURS

AUTORISATION DE SOINS POUR LES MINEURS

Je, soussigné(e)

autorise les représentants de l'association le Cercle celtique de Rennes à se substituer à moi si une maladie ou un accident survenait à mon enfant lors de l'atelier suivi au Cercle celtique de Rennes, pour faire appel à un médecin et le faire admettre dans un hôpital ou une clinique.

Dans le cas où il me serait impossible d'être présent(e) en temps utile, j'autorise le médecin ou le chirurgien à pratiquer toute intervention jugée indispensable, même sous anesthésie générale.

J'accepte en outre que mon enfant soit transporté dans l'établissement, hôpital ou clinique, le plus proche.

Dans le cas où je déciderais que mon enfant soit rapatrié au plus près de mon domicile, je m'engage à la faire sous mon entière responsabilité et à prendre en charge les frais de rapatriement qui ne seraient pas remboursés par la Sécurité Sociale.

Fait à, le

Signature, précédée de la mention *Lu et approuvé* :

Nom, adresse et numéro de téléphone de la personne à prévenir en cas d'accident :

.....
.....
.....
.....

AUTORISATION PARENTALE DE TRANSPORT

Je, soussigné(e)

autorise mon enfant.....

à effectuer les trajets liés à son activité au sein du Cercle celtique de Rennes dans tout véhicule, qu'il soit conduit par une personne opérant à titre de bénévole ou par l'un des parents désigné par l'association.

Fait à, le/...../.....

Signature, précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »