AUTORISATION



AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE Personne majeure

Nom et prénom CHOVIGNAUS Mathicu Date de naissance: 29-09-7573
Personne à prévenir en cas de besoin :
Nom et prénom DIEPPEDACE Sullivan Tél. mobile 0603914666 Tél. fixe
Durant mes temps de missions au sein de l'association Jeunesse Sports Performances, je soussigné(e). CIAPYICARA DEPLIEU agissant en tout état de cause, autorise les responsables de l'Association à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par mon état de santé : traitement médical, hospitalisation, anesthésie générale, intervention
chirurgicale Fait à LP SUZE , le 27 - 05 - 2021
Signature précédée de la mention "lu, compris et approuvé "
lu, comprie et approuve