



Fédération française de golf  
**Ligue de Golf Rhône-Alpes**

**AUTORISATION PARENTALE D'URGENCE MEDICALE ET CHIRURGICALE**

Je soussigné(e)/nous soussignés (Nom et prénom des représentants légaux ou du représentant légal) :

.....  
Domicilié(s)(e) au :  
.....  
.....

Autorise(ent) les membres de l'encadrement administratif et /ou technique de la ligue de golf Rhône-Alpes à prendre toutes dispositions en cas de maladie ou d'accident et notamment à avertir les services de secours d'urgence afin que le joueur mineur ..... (nom et prénom)né le ..... soit orienté vers une structure hospitalière.

La ligue Rhône-Alpes s'efforcera de prévenir les représentants légaux ou le représentant légal dans les meilleurs délais aux numéros suivants :

- N° de téléphone domicile.....
- N° de portable de la mère.....
- N° de téléphone du travail de la mère .....
- N° de portable du père.....
- N° de téléphone du travail du père.....
- N° de téléphone le cas échéant d'une personne susceptible de vous prévenir .....
- Courriel** .....

Observations éventuelles : (traitements médicaux, allergies, autres observations utiles.)  
.....  
.....  
.....

Fait à .....le.....en deux exemplaires originaux.

Signature de la mère et du père

Document non confidentiel. Pour toutes informations confidentielles merci de les transmettre sous enveloppe fermée à l'attention du Médecin de la ligue de golf Rhône-Alpes.