



Décharge de responsabilité

Je soussigné(e),⁽¹⁾- père / mère / tuteur légal – autorise, les responsables du Pôle Espoirs BFC Judo, si un accident survenait au cours de toute(s) activité(s) organisée(s) dans le cadre du Centre d'Entraînement durant la saison 2026/2027, à faire procéder tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté sur la personne de :

NOM :Prénom :

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--

EN CAS D'URGENCE

Personnes à prévenir :

Nom + Prénom :		Qualité :	
Tél dom/prof/mob :			
Nom + Prénom :		Qualité :	
Tél dom/prof/mob :			

RENSEIGNEMENTS UTILES

N° de Sécurité Sociale :	
Nom de l'assuré(e) :	
Mutuelle :	
Groupe sanguin :	
Allergies connues :	
Autres informations à fournir :	

Fait à

le

Signature