

Autorisation de Soins et de Transports

Pour personne mineure

Je soussigné(e) :

 Nom et Prénom :……………………………………………………………………………………………………………….

 Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………….

 Téléphone(s) : ……………………………………………………………………………………………………………….

Agissant en tant que : □ Père □ Mère □ Tuteur

 Responsable de Nom et Prénom : …………………………………………………………………………………….

 Né(e) le : …………… / ………………/ …………………. A : ……………………………………………………………

Autorise les responsables de la Section de Jeunes Sapeurs-Pompiers de l’agglomération Dacquoise présents sur les lieux à prendre toutes les mesures qu’ils jugeront nécessaires en cas de blessures ou d’accident du Jeune Sapeur-Pompier désigné ci-dessus ; dont le transport à l’hôpital ou, la structure de soins la plus proche du lieu de l’accident pour examen(s), soins et/ou hospitalisation si besoin.

|  |  |
| --- | --- |
| N° de Sécurité Sociale couvrant le JSP |  |
| Date de la dernière vaccination antitétanique |  |
| Personne à prévenir (si autre que mentionnée plus haut) |  |

Fait à :…………………………………………………………………. Le :………………………………………………………………………….

Signature, précédée de «  lu et approuvé » :