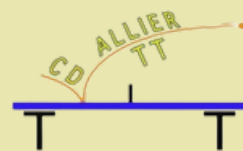


# AUTORISATION DE TRANSPORT ET DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

## STAGE DE TENNIS DE TABLE COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE L'ALLIER

DU LUNDI 17 AU MERCREDI 19 AVRIL 2023



Je soussigné (NOM Prénom) : .....  
autorise, pour les besoins du stage, toute personne (dirigeants ou parents de licenciés) titulaire  
d'un permis de conduire en bonne et due forme, à transporter mon enfant (NOM Prénom) :  
.....

### Coordonnées de la personne à joindre

NOM : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

### Coordonnées du médecin traitant

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Contre-indications ou allergies : .....

.....

.....

.....

Date et signature :

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE TENNIS DE TABLE  
Maison départementale des sports – 4 rue Refembre  
03000 MOULINS  
Tel : 04.70.44.68.70  
Mail : cdt.03.siege@gmail.com

