



# DOSSIER D'INSCRIPTION RANDONNEE ADOS

## LES ECURIES DE PALHERES

NOM.....
Prénom.....
Date de naissance..... Age.....

**Randonnée :** .....

**du** ..... **au** .....

### Autorisation de soins médicaux

**Je soussigné(e)** .....  
(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)  
Adresse .....  
Code postal ..... Ville ..... Pays .....  
N° sécurité sociale .....  
Tél domicile .....  
Tél portable .....

**Autorise les responsables des Ecuries de Palhères à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur :**

Nom ..... Prénom .....  
Né(e) le ..... Sexe .....

**Je m'engage à rembourser à la SARL Les Ecuries de Palhères l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) déboursés éventuellement pour mon compte.**

Fait à ..... le .....

**Signature**

### Cas d'urgence

**La personne à contacter en mon absence est :**

Nom..... Lien de parenté.....  
Adresse..... Pays .....  
Code postal ..... Ville..... Tél .....

