

AUTORISATION

Je soussigné
représentant légal de
autorise les responsables du Racing Club Nantais à prendre, le cas
échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon
enfant.

A Sainte Luce sur Loire, le

Signature

Coordonnées du médecin traitant :

| | |
|---------|---------|
| Docteur | N° tél. |
|---------|---------|

N° de téléphone pour vous joindre en cas d'urgence :

| |
|--|
| |
| |
| |