

# 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 :**
