



Autorisation de soins

Nous soussignons,

Parent 1 (nom, prénom) :

Parent 2 (nom, prénom) :

Tuteur légal (nom, prénom) :

Autorisons tous types de soins réalisés par le service médical de l'Automobile Club de l'Ouest sur l'un de ses circuits du Mans pour l'enfant :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Poids :

Taille :

Date de la compétition ou du roulage :

Fait le

à

Signature des 2 parents ou du tuteur légal

Parent 1

Parent 2

Tuteur légal