

Je soussigné M. ou Mme

Qualité : Père Mère Tuteur, autorise mon enfant *allow to my child*

NOM

Prénom

A participer à l'épreuve suivante *participate in the following event*

ALPSMAN XPERIENCE

AUTORISATION D'INTERVENTION MÉDICALE

Je soussigné M. ou Mme

Père Mère Tuteur, autorise tout acte d'exploration et de chirurgie d'urgence sur mon enfant
allow any acts of consultation, investigation, and surgery on my child

NOM

Prénom

, rendu nécessaire

par la situation.

which are necessary in the light of a situation.

J'atteste en outre de son aptitude à l'épreuve choisie. Je certifie avoir pris connaissance du règlement de l'Alpsman Xperience.

I further certify its ability to participate at this event. I certify that I have read the rules.

Fait à

le

Signature

*Ouvrir le pdf dans Adobe Acrobat Standard
Puis choisissez Outils > Remplir et Signer*

