



# AUTORISATION PARENTALE CHORALE BASKET CAMP

SESSION 2020

Je, soussigné Monsieur / Madame\*.....,  
autorise le Club CHORALE ROANNE BASKET à faire pratiquer à l'hôpital / la clinique\*,  
à mon fils / ma fille\* .....  
tous les examens médicaux nécessaires à l'établissement d'un diagnostic pour toute  
pathologie rencontrée durant le Camp Basket qui se déroule du dimanche 5 au samedi  
11 juillet 2020 ; y compris des injections dans le cadre d'examens d'imagerie médicale.

Fait à Roanne, le .....2020.

Signature :

\* Rayer la mention inutile