



ATTESTATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

*Je soussigné, Madame, Monsieur
..... mère, père, de l'enfant
.....autorise l'association sportive du golf de Pornic
et/ou le Golf de Pornic, à faire pratiquer une intervention chirurgicale
d'urgence en cas de nécessité.*

*Je m'engage également à rembourser l'intégralité des frais
(médicaux et/ou pharmaceutiques) avancés éventuellement pour mon
compte.*

Fait à :

Le :

Signature