Autorisation de soins

Nous soussignons,

Parent 1 (nom, prénom) :

Parent 2 (nom, prénom) :

Tuteur légal (nom, prénom) :

Autorisons tous types de soins réalisés par l'équipe médicale présente sur les circuit du Mans pour l'enfant :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Date de la compétition ou du roulage :

Fait le à

Signature des 2 parents ou du tuteur légal

Parent 1 Parent 2 Tuteur légal

Automobile Club de l'Ouest
Association Médical
Association loi 1901 – Siret 80748557800015 ape 9499Z
Circuit des 24Heures - Pôle Médical
CS21928 - 72019 Le Mans Cedex 2 - Tél : 02 43 40 24 24 - Internet : www.lemans.org

Treatment authorization

We undersign,

Parent 1 (surname, first name):

Parent 2 (surname, first name):

Legal guardian (surname, first name):

We authorize all types of care carried out by the medical team present on the Le Mans circuit for the child:

Last name :

First name :

Born :

Date of competition or driving:

Do it at

Signature of both parents or legal guardian

Parent 1 Parent 2 Legal guardian

Automobile Club de l'Ouest
Association Médical
Association loi 1901 – Siret 80748557800015 ape 9499Z
Circuit des 24Heures - Pôle Médical
CS21928 - 72019 Le Mans Cedex 2 - Tél : 02 43 40 24 24 - Internet : www.lemans.org