



ESERY GOLF ACADEMY



SAISON 2026 / 2027

CONSENTEMENT MÉDICAL D'URGENCE

Je soussigné(e) (nom et prénom).....

Déclare sur l'honneur (rayer les mentions inutiles) :

- avoir plein exercice de puissance paternelle ou maternelle
- exercer la tutelle
- être investi(e) du droit de garde

Sur le mineur :

Nom/prénom :.....

Né le :.....

Demeurant :.....

Autorise les membres de l'Esery Golf Academy ou les membres du Staff du Golf Club d'Esery à prendre toutes dispositions en cas de malaise, maladie, accident du joueur mineur ci-dessus, pour avertir les services de secours et/ou d'urgence afin de l'orienter vers une structure hospitalière ou médicale.

+ Informations médicales que je souhaite porter à la connaissance des responsables de l'Esery Golf Academy :.....
.....

CONTACTS D'URGENCE :

Afin de prévenir les représentants légaux dans les meilleurs délais, nous vous demandons de noter les contacts dans l'ordre où vous le souhaitez :

- Nom, prénom, lien avec le mineur :.....
Téléphone :..... Mail.....
- Nom, prénom, lien avec le mineur :.....
Téléphone :..... Mail.....
- Nom, prénom, lien avec le mineur :.....
Téléphone :..... Mail.....

Fait à :
le :

Signature :