

## Décharge pour la prise de sang à la clinique VidyMed

Je, soussigné(e) (nom et prénom): .....

habitant à (adresse): .....  
.....

déclare autoriser la clinique VidyMed à pratiquer une prise de sang sur mon enfant:

Nom, prénom: .....

Date de naissance : .....

Équipe :  U15CPE     U17CPE     U20CPE

dans le cadre de l'examen médical effectué pour les joueurs du CPE de Pully Lausanne Foxes.

Date: .....

Signature du représentant légal : .....