

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 :