



AUTORISATION PARENTALE Médicale

Je soussigné, Mr, Mme [Prénom – Nom]

Adresse

Code Postal.....Ville.....

Téléphone fixe.....Portable.....

E-mail (en lettres capitales).....

Autorise mon enfant :

Nom.....Prénom.....

A être acheminé par véhicule mis à la disposition par le club, où tout autres types de transports (voitures de bénévoles, d'entraîneurs, de responsables...) à chaque fois que cela sera utile au cours des activités du club.

J'autorise également les médecins à prendre, en cas d'urgence et dans la mesure où je serais injoignable, toute décision de soins, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

Cette autorisation parentale reste valable tout au long de l'année sportive 2024-2025, soit du 9 septembre 2024 au 31 août 2025.

Médecin de famille

Nom

N° de tél.....

Préciser les allergies éventuelles.....

Date

Signature
précédée de la mention « lu et approuvé »