

# AUTORISATION PARENTALE

## Médicale

Je soussigné, Mr, Mme, Mlle (rayer les mentions inutiles).....

Demeurant.....

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

Téléphone fixe.....Portable.....

E-mail.....

### **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 2025-2026, soit du 1er septembre 2025 au 31 août 2026.

### **Médecin de famille**

Nom.....

N° de tél.....

Préciser les allergies éventuelles.....

Ecrire la mention « Lu et approuvé », dater et signer