

# AUTORISATION PARENTALE

A nous retourner avec le coupon-réponse

Je soussigné NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

*Père – Mère – Tuteur légal (rayez inutile)*

Tél. fixe et portable : domicile \_\_\_\_\_ bureau \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

N° S. Sociale :

➔ **Autorise** le responsable du stage, organisé par le Comité de la Loire de Volley-Ball :

1. *A faire subir tout traitement médical en cas de maladie ou toute intervention chirurgicale en cas d'urgence à mon enfant,*
2. *A utiliser l'image de mon enfant pour la promotion du Volley-Ball pour une durée indéterminée (internet, presse, photos),*
3. *De plus, je certifie que mon enfant est à jour dans ses vaccinations.*

Mon enfant NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe (1): F  M  Né/ée le : \_\_\_\_\_ N° licence : \_\_\_\_\_

**CONTRE-INDICATIONS MEDICALES ET ALIMENTAIRES :** \_\_\_\_\_

**L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : OUI NON (rayez inutile)**

**Si OUI, apporter l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**AUTRES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS JUGEZ UTILES :** \_\_\_\_\_

**En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. dom : \_\_\_\_\_ Tél. travail ou portable : \_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_ déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signatures obligatoires**

(1) Cochez la case correspondante.

Je soussigné Madame, Monsieur \_\_\_\_\_

(1)  *autorise*

*n'autorise pas* mon enfant \_\_\_\_\_ à rentrer seul à son domicile en fin de stage

**Si OUI**, l'enfant rentrera seul à partir du gymnase, **si NON** précisez les noms des personnes auxquelles l'enfant doit être confié : 1-----

2-----

Date :   /   /     et signature