



AUTORISATION PARENTALE

(Pour les mineurs)

REPRESENTANT LEGAL :

Père

Nom : Prénom :

Tél. fixe : Mobile :

Adresse email en majuscule :

Profession :

Mère

Nom : Prénom :

Téléphone fixe: Mobile :

Adresse email en majuscule :

Profession :

♦ Je soussigné(e)

☐ autorise ☐ n'autorise pas mon enfant à quitter seul(e) le gymnase ou le terrain en fin d'entraînement.

☐ autorise ☐ n'autorise pas les dirigeants des Archers de Cugnaux à prendre les mesures nécessaires (intervention médicale ou hospitalisation) concernant mon enfant en cas d'accident.

☐ autorise ☐ n'autorise pas les dirigeants du club à transporter mon enfant dans leur véhicule lors des compétitions ou rencontres extérieures au club.

☐ autorise ☐ n'autorise pas les dirigeants du club à diffuser sur le site internet les photos, vidéos sur lesquelles pourrait figurer votre enfant

♦ Observations médicales particulières:

-

-

♦ Nom du Médecin Traitant :

Docteur :

Tel :

♦ Personnes à prévenir en cas d'urgence:

- Nom :

Tel :

- Nom :

Tel :

Fait à, le

Signature