

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)..... Père, Mère, Tuteur

Autorise ma fille, mon fils.....

Né(e) le

Demeurant à

.....

.....

Téléphone domicile.....

Téléphone portable.....

Téléphone professionnel.....

Scolarisé(e) au **Collège de Moka à Saint-Malo**

A faire partie de l'Association Sportive du collège pour l'année 2019-2020

ACTIVITE CHOISIE:.....

Autorise en mon nom les accompagnateurs, **les responsables des entraînements et compétitions et le médecin consulté** à prendre toutes décisions en cas d'accident nécessitant une intervention, y compris chirurgicale, avec pratique si nécessaire de l'anesthésie générale.

Nous aurons fait notre possible au préalable pour vous prévenir.

Autorise la sortie de mon enfant de l'établissement hospitalier sur autorisation médicale.

Coordonnées supplémentaires en cas d'indisponibilité des numéros notés ci-dessus.

.....

.....

Observations éventuelles :

Fait à..... le

Signatures des parents ou responsables,

Dans les textes le certificat médical n'est plus obligatoire, cependant MERCI de veiller à la non existence de contre-indications à la pratique sportive en compétition scolaire.

N.B.: chaque déplacement sera précédé d'une autorisation spécifique et d'informations concernant le type de championnat, les lieux, les horaires et accompagnateurs de la compétition.