

AUTORISATION PARENTALE STAGES CD 42 - SAISON 2019 / 2020

A nous retourner lors de la 1^{ère} inscription

ENFANT : NOM : _____ Prénom : _____

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

(1) Cochez la case correspondante.

Je soussigné NOM : _____ Prénom : _____

PERE – MERE – TUTEUR LEGAL (rayez mentions inutiles)

Tél. fixe et portable : domicile _____ bureau _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

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.

CONTRE-INDICATIONS MEDICALES ET ALIMENTAIRES : _____

Si l'enfant doit suivre un traitement médical pendant le séjour, merci d'apporter l'ordonnance 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 : _____

Départ du stage :

J'autorise Je n'autorise pas mon enfant _____ à rentrer seul à son domicile en fin de stage.

(2) Cochez la case correspondante.

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 _____

➔ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à prévenir le CD42 en cas de modification.

Fait à _____

Date : / /

Signature :