

Saison 2016/2017

Renseignements concernant la famille

Nom du chef de famille ou tuteur légal :

NOM : Prénom :

Adresse

Code postal : Ville :

Tél domicile : Tél portable :

Nom et prénom de votre enfant :

Date de naissance : .. / .. /

Nom et adresse du médecin de famille :

Tél :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Tél :

AUTORISATION PARENTALE

(Cochez les cases correspondantes)

1 – Autorisation médicale

* J'autorise tout médecin à intervenir en cas d'urgence et, si nécessaire, sous anesthésie :

oui non

2-Autorisation de sortie en rencontre

* J'autorise mon enfant à se déplacer avec la personne responsable du club ou Comité Régional des Pays de la Loire en cas de rencontres ou Championnats

oui non

3-Autorisation photos

* J'autorise que mon enfant soit pris en photo pour le club et parution éventuelle dans la presse et sur le site du comité régional

oui non

Merci de préciser :

-groupe sanguin

-allergie particulière

A....., le : .. / .. / 201

Signature du chef de famille ou tuteur légal