



ATHLETIC CLUB PAÏTA

SAISON 2017/2018

AUTORISATION PARENTALE

POUR LES ATHLETES MINEURS

Je soussigné(e) NOM : Prénom :

Agissant en qualité de : Père, Mère, Tuteur (trice) (1)

de l'enfant : NOM : Prénom :

N° de licence F.F.A : **L J L J L J L J L J L J L J L J**

Catégorie saison : 2017/2018

BABY-ATHLE EA PO BE MI CA JU

- 1) autorise mon enfant à participer aux activités des compétitions,
- 2) autorise le responsable de groupe à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) (2)

NOM du médecin traitant :

Téléphone :

- 3) autorise un des membres de l'encadrement à transporter mon enfant dans son véhicule personnel en cas de nécessité,
- 4) Conformément à l'article R.232-45 du code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement sanguin.

Fait à : le :/...../.....

Signature :

(1) rayer les mentions inutiles

(2) en cas de contre-indication médicale, prière d'en informer le responsable.

CONTRE-INDICATION ~~~~~

