AUTORISATION PARENTALE DE DEPLACEMENT / HOPITALISATION

*Cette autorisation est valable pour la saison 2016/ 2017*

Je soussigné (e).............................................………………… représentant légal de …………………………………………………………

Autorise mon enfant :

* A participer aux activités de l’école de handball de l’ASMR Handball.
* A effectuer les déplacements sportifs, entraînements ou sorties extra sportives à bord du véhicule personnel d’un membre du club ou parent accompagnateur et décline toutes responsabilité à l’ASMR handball et ses dirigeants.
* A être photographié ou filmé, pour être publié ou diffusé sur le site Internet du club, des instances du handball (comité ou ligue) ou dans d’autres journaux d’information. Il est convenu, que la publication ou diffusion de l’image de votre enfant, ainsi que les légendes ou commentaires accompagnant cette publication ne devront pas porter atteinte à sa dignité, à sa vie privée et sa réputation.

J’autorise en outre les dirigeants/encadrant de l’ASMR Handball à prendre, en cas d’urgence, les mesures nécessaires à la santé de mon enfant et notamment à le faire hospitaliser.

PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS A PREVENIR EN CAS D’URGENCE :

* Etablissement de soin préférentiel : ……………………………………………………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

* DOCTEUR : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

* Mr ou Mme: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fait à ………………………………….…, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature(s)