

**AUTORISATION PARENTALE**

Saison 2014-2015

Je soussigné(e) (Nom, Prénom)……………………………………………………………………………………………………………

Demeurant…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Code postal…………………………….Ville……………………………………………………………………………………………………..

Tel Domicile………………………………..Portable…………………………………Travail…………………………………………….

Agissant en qualité de PERE MERE TUTEUR (1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM | Prénom | Date de naissance |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Autorise l’(es)enfant(s) mineur(s)inscrit ci-dessus à pratiquer les activités sportives de GYMNASTIQUE dans l’association ARC EN CIEL de Salins les Bains.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions prévues dans les statuts de l’association et m’engage à les faire respecter par mon enfant.

Je déclare avoir pris connaissance des modalités de pratique des activités, des horaires, des lieux d’exercice. Je donne mon accord pour les déplacements tels qu’ils sont organisés par l’association.

J’autorise les responsables de l’association , en cas d’urgence, à se substituer à moi pour tous les actes nécessaires à la sécurité ou à la santé de mon enfant et à prendre toute décision que l’urgence médicale ou chirurgicale nécessiterait sur demande d’un médecin.

Sauf stipulation contraire de votre part, en cas d’urgence, les enfants seront dirigés par le SAMU ou les Pompiers vers les urgences de l’établissement hospitalier le plus proche.

Accepte et autorise l’association à réaliser des photographies et/ou des vidéos destinées à être diffusées sur son site internet , sur lesquels mon enfant pourrait apparaître.

Je reconnais avoir été informé des risques normaux de la pratique de l’activité sportive , des obligations qu’elle comporte et déclare les accepter pour mon (mes) enfant(s).

Date………………………………………

Signature précédée de la mention manuscrite obligatoire

Lu et approuvé

1. Rayer la mention inutile