

AUTORISATION PARENTALE SAISON 2019

Je, soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____

En ma qualité de Père, Mère, Tuteur légal*

*Rayer les mentions inutiles

Coordonnées complètes : _____

Autorise Monsieur Fabien MARILLAUD, Conseiller Technique Sportif (ou son représentant sur la mission), à faire pratiquer toutes les interventions médicales ou chirurgicales d'urgence, que le médecin jugera souhaitables sur mon enfant.

Autorise mon enfant à participer aux activités de l'Équipe Technique Régionale sous la responsabilité du Conseiller Technique Sportif (ou son représentant sur la mission).

Autorise mon enfant à sortir du territoire national sous la responsabilité du Conseiller Technique Sportif (ou du chef de délégation).

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Numéro de Licence : _____ Club : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Qualité : _____

Téléphone (portable si possible) : _____

Groupe sanguin : _____ Rhésus : _____

Allergies : _____

Fait à : _____ Le : _____

Signature :



Région
Hauts-de-France



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

