



AUTORISATION PARENTALE pour les ATHLETES MINEURS

Je soussigné(e) **NOM** : ----- **Prénom** : -----

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

de l'enfant mineur(e), **NOM** : ----- **Prénom** : -----

Club : ----- **N° de licence** : -----

Numéro de Sécurité Sociale : -----

Adresse des Parents ou tuteurs : -----

Code Postal : ----- Ville : -----

Numéro(s) de Téléphone :

Tél. personnel :

Tél. professionnel :

Autorise ma fille - mon fils (rayer la mention inexacte) à se déplacer avec les responsables du CIMA Pays d'Auray ou des parents d'athlètes du même club, pour participer à toute compétition ou stage que le CIMA organise ou auxquels il participe.

Autorise en mon nom les responsables du CIMA Pays d'Auray et le médecin consulté à prendre toutes décisions en cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention, y compris chirurgicale, avec pratique (si nécessaire) de l'anesthésie générale.

Autorise la sortie de mon enfant de l'établissement hospitalier sur autorisation médicale.

Coordonnées des parents ou de la personne à prévenir :

.....
.....

OBSERVATIONS (notamment contre-indications médicales éventuelles)**

Signature précédée de la mention :

Lu et approuvé

A _____ le _____
Signature,

(*) Rayer les mentions inutiles

(**) en cas de contre-indication médicale, prière de l'indiquer sur ce document