



AUTORISATION DECHARGE PARENTALE Saison sportive 2016/2017

Je soussigné(e), NOM et Prénom du (ou des) parents :

Adresse Familiale habituelle :

.....

1 - Autorise mon enfant :

NOM et Prénom : Né(e) le :

À participer à toutes les activités, animations, compétitions, déplacements organisées par le club.

2 - Autorise les responsables de l'activité, à prendre, le cas échéant toutes les mesures nécessaires pour l'état de santé de mon enfant (hospitalisation et/ou intervention chirurgicale).

Nous, soussignés père et/ou mère de l'enfant, autorisons l'Association du Stade Laurentin GR à faire procéder à l'hospitalisation par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) de mon fils/ma fille, en cas de besoin, durant son séjour, son activité ou son déplacement avec le club.

Autorisons qu'il puisse être pratiqué, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant.

3 - Autorise les responsables du Stade Laurentin GR à transporter mon enfant avec un véhicule de prêt.

4 – En cas d'urgence, voici les téléphone(s) durant les activités sont :

Numéro 1 :

Numéro 2 :

Numéro 3 :

RENSEIGNEMENTS

(Indispensables en cas d'hospitalisation ou accident.

Veillez joindre la copie de votre Carte Sécurité Sociale, attestation CMU et Mutuelle).

Nom et Prénom de l'Assuré social :

N° de Sécurité Sociale :

Nom et Références de votre Mutuelle complémentaire :

.....

Fait à, Le/...../.....

Nom et Signature du responsable légal