AUTORISATION PARENTALE

A nous retourner avec le coupon-réponse

Je soussigné NOM : _____ Prénom : _____

Père – Mère – Tuteur légal (rayez inutile)

Tél. fixe et portable : domicile_____ bureau _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Courriel : _____@_____

N° S. Sociale : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐ **joindre copie de l'attestation d'affiliation**

➲ **Autorise** le responsable du stage, organisé par le Comité de la Loire de Volley-Ball :

1. ***A faire subir tout traitement médical en cas de maladie ou toute intervention chirurgicale en cas d'urgence à mon enfant,***
2. ***A utiliser l'image de mon enfant pour la promotion du Volley-Ball (internet, presse),***
3. ***De plus, je certifie que mon enfant est à jour dans ses vaccinations.***

Mon enfant NOM :_____ Prénom : _____
Sexe (1): F ☐ M ☐ Né/ée le : _____ N° licence : _____

CONTRE-INDICATIONS MEDICALES ET ALIMENTAIRES :_____
_____

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : OUI NON (rayez inutile)
Si OUI, apporter l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

AUTRES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS JUGEZ UTILES :_____

_____

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :
NOM : _____ Prénom : _____

Tél. dom : _____ Tél. travail ou portable : _____

Je soussigné_____ déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à _____ le _____

Signatures obligatoires

(1) Cochez la case correspondante.

Je soussigné Madame, Monsieur _____
(1) ☐ *autorise*
☐ *n'autorise pas* mon enfant _____ à rentrer seul à son domicile en fin de stage

Si OUI, l'enfant rentrera seul à partir du gymnase, **si NON** précisez les noms des personnes auxquelles l'enfant doit être confié : 1----------
2----------

Date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ et signature