



**SAISON 2020/2021**

CATEGORIE :

EQUIPE :

COACH :

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, ....., représentant légal de

NOM : ..... PRENOM : .....

**AUTORISE\***

**N'AUTORISE PAS\***

L'entraîneur ou l'accompagnateur de l'équipe de mon enfant à donner en mon nom, lieu et place toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide.

**Personne à contacter**

**A remplir obligatoirement**

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél : .....

**CONTRE INDICATIONS MEDICALES**

- .....

- .....

- .....

- .....

N° de sécurité sociale :

.....

Fait à ..... le .....

Signature :

(\*) Rayer la mention inutile