



AUTORISATION PARENTALE

Nom du licencié :

Prénom :

Je/nous, soussigné/e (ée) (ées), M. ou Mme (Représentant légal du Licencié nommé ci-dessus) autorise/ons les responsables du judo club de Pont l'Abbe d'Arnoult à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin en cas de besoin urgent à donner les soins et si nécessaires sous anesthésie. Nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

- Si cela est possible, nous souhaitons consultation du docteur :
☎ : ... / ... / ... / ... / ...
- Ou l'hospitalisation à ville

Observation particulières (contre-indications, allergies.....) :

.....
.....
.....

Personne à prévenir en cas d'accident :

☎ : ... / ... / ... / ... / ... ☎ : ... / ... / ... / ... / ...

Nous autorisons notre (nos) enfant(s) :

- A participer aux activités par l'association (transport y compris). oui non
- À voyager en voiture individuelle ou transport collectif(s). oui non *Cocher obligatoire*

Nous autorisons notre enfant à rentrer à la maison, après les cours :

- Que s'il est accompagné de ou de toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant au président du club de judo
- Si exceptionnellement notre enfant devait sortir avant la fin du cours, nous nous engageons à fournir une décharge au président du club de judo ou à l'enseignant.

Fait à Pont l'Abbe d'Arnoult, le : ... / ... /20...

Signature du/des parent(s)
(Précédée de la mention <<lu et approuve>>)