



## AUTORISATION PARENTALE

**Je soussigné :** Nom : ..... Prénom : .....

**En tant que représentant légal de**

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le .....

Numéro de sécurité sociale : ..... Groupe sanguin : .....

Antécédent médicaux et allergie : .....

Intolérance alimentaire : .....

Asthme : .....

Traitement médical : .....

Information complémentaire : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone fixe : .....

Email parent 1 : ..... Portable parent 1 : .....

Email parent 2 : ..... Portable parent 2 : .....

Autre personne à contacter en cas d'urgence : .....

**Autorise** les éducateurs et les personnes accompagnantes à transporter mon enfant lors des déplacements sur les lieux de compétition, d'entraînement et de stage.  OUI  NON

**Autorise** le responsable du VCMB à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.  OUI  NON

**Autorise** le responsable du VCMB à prendre en charge mon enfant lors de la sortie de l'hôpital.  OUI  NON

Je déclare exacts les renseignements ci-dessus.

Fait à ..... le ..... Signature