



# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, M. Mme \_\_\_\_\_

Domicilié \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Autorise ma fille/mon fils à participer aux déplacements organisés par l'ASF Antibes et par conséquent à être transporté(e) par le véhicule d'un des accompagnateurs.

J'autorise les responsables de l'équipe (du club) à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse, ou toute affection grave, après consultation d'un praticien, à l'enfant \_\_\_\_\_

Né le \_\_\_\_\_

De sexe \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence la personne à prévenir est :**

*(Merci de préciser noms et n° tél)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus

Date et Signature