

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

CONCERNANT LES PARENTS OU LE TUTEUR LEGAL DU STAGIAIRE :

Je soussigné(é) Mme, M.

Autorise mon enfant.

du club de

à participer au stage/à la formation :

qui se déroulera du au 20

à :

Mail des parents :

N° de portable des parents :

J'autorise le responsable du stage à faire pratiquer, en cas d'accident, toute intervention chirurgicale jugée indispensable par le corps médical.

N° Sécurité sociale :

Nom de la mutuelle :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT:

NOM: Prénom :

Lien avec l'enfant :

N° de portable :

CONCERNANT LE STAGIAIRE :

NOM: Prénom :

Date de naissance :

Adresse, CP, Ville :

N° de portable de l'enfant (s'il y a lieu) :

Remarques : allergies, recommandations :

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

Traitement médicale en cours ? OUI - NON

(Si oui, fournir impérativement une photocopie de l'ordonnance)

.....

Date et signature des parents ou tuteur
légal du stagiaire :