



AUTORISATION PARENTALE POUR LES ADHÉRENTS MINEURS

AUTORISATION DE SOINS ET INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Je soussigné (e) père, mère, tuteur (*) :

NOM :

PRÉNOM :

Déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et autorise mon enfant

NOM :

PRÉNOM :

NÉ (E) le :

À :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

À pratiquer et à participer aux diverses manifestations organisées au sein du CSAM Brest.

- **J'ACCEPTE- je N'ACCEPTE PAS** que le CSAM Brest utilise des photographies prises lors des activités du club sur lesquelles pourrait figurer mon enfant.
- Autorise en cas d'accident, le CSAM Brest à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale du corps médical constitué.
- M'engage à transmettre les modifications de toutes coordonnées téléphoniques utiles.

Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher mon enfant en cas d'indisponibilité des parents (présentation d'une pièce d'identité) :

NOM et PRENOM



NOM et PRENOM



NOM et PRENOM



(*) rayer la mention inutile

Fait à

Le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »