

L'ORIGINAL DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE REMIS AU RESPONSABLE À L'ARRIVÉE

INTITULE DE LA MANIFESTATION

DATE : _____

LIEU : _____

Je soussigné(e) Madame – Monsieur : _____

1 autorise mon fils / ma fille Nom/Prénom _____

né(e) le ____ ____ ____ à _____

à participer au _____

2 décharge la FFJDA/CNKDR de toute responsabilité sur mon fils / ma fille

NOM / Prénom : _____

en dehors des heures notifiées sur la convocation.

En cas d'urgence, j'autorise l'organisateur à prendre les décisions nécessaires dans la mesure où un recours hospitalier ou clinique s'avèrerait utile.

Numéro de sécurité sociale du mineur _____

Mutuelle _____ numéro d'adhérent _____

Groupe sanguin du mineur _____

Coordonnées du responsable légal pendant le séjour _____

Précisions médicales (traitement en cours, allergies ...) _____

J'autorise mon fils / ma fille a quitter l'hôpital, la clinique ou le Centre de soins avec le responsable du stage.

Fait à _____ le _____

SIGNATURE du (des) tuteur(s) légal(légaux)

OBLIGATOIRE

précédée de la mention «Lu et approuvé»

DÉPARTEMENT SPORTIF
AUTORISATION PARENTALE ET DECHARGE

