



ASSOCIATION UFIT ATHLETIC CLUB PUTEAUX

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....

Agissant en qualité de représentant légal (Lien de parenté)

AUTORISE

Nom :

Prénom :

A être adhérent à l'association UFIT ATHLETIC CLUB PUTEAUX et à la pratique sportive au sein de l'association.

J'autorise :

- les entraîneurs ou les responsables de l'association à faire réaliser des soins par un professionnel de santé ou d'hospitaliser mon fils ou ma fille en cas d'urgence
- le transport de mon enfant lors des déplacements pour des compétitions ou des entraînements dans le véhicule d'un entraîneur, d'un responsable de l'association ou de toute personne mandatée par ces derniers.

Je certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant.

Fait le....., à

Signature

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Téléphone :