AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné :…….

Demeurant :……

Tuteur légal de l'enfant :……

Déclare ce qui suit :

1. Mon enfant est allergique à :

…….

2. Mon enfant doit prendre le traitement médical suivant pendant le stage :
……..
……..

3. J'autorise les responsables en cas d'accident que mon enfant soit vu par :

a. un médecin oui ❒ non ❒
b. un chirurgien oui ❒ non ❒
c. transporté dans un hôpital en cas de besoin oui ❒ non ❒

Contre indications médicales :
.....
.....

Nom de la personne à prévenir…….. ou ……
Numéro de téléphone personnel :…….. ……
Numéro de téléphone professionnel :…… ……

4. Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit vu par un médecin ou transporté dans un hôpital, veuillez nous indiquer les mesures à prendre :
……
……

Dans ce cas, l'organisation du stage décline toute responsabilité

5. Mon enfant sait nager oui ❒ non ❒

6. J'autorise que mon enfant soit photographié lors du stage et que les photos soient diffusées pour des plaquettes, dans la presse ou sur le site internet de la Ligue Lorraine d'Escrime.

oui ❒ non ❒

Fait à ..... le..... Signature du tuteur légal

P.J. : Joindre une photocopie de la carte vitale.