

AUTORISATION PARENTALE

POUR LES ATHLETES MINEURS

Je soussigné(e) **NOM :** _____ **Prénom :** _____

Agissant en qualité de : _____ de l'enfant :

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____

- 1) autorise mon enfant à participer aux activités des compétitions.
- 2) autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) (2)

NOM du médecin traitant : _____

Téléphone : _____

Fait à : Nouméa le : _____

Signature :



(1) rayer les mentions inutiles

(2) en cas de contre-indication médicale, prière d'en informer le responsable.

CONTRE-INDICATION ~~~~~

