



AUTORISATION PARENTALE MÉDICALE

Je soussigné, Mr, Mme [Prénom – Nom]

Adresse

Code Postal..... Ville.....

Téléphone fixe.....Portable.....

E-mail (en lettres capitales).....

Nom du mineurPrénom du mineur

- Autorise le mineur dont je suis représentant légal à être acheminé par véhicule mis à la disposition par le club, ou tout autre type de transport (voitures de bénévoles, d'entraîneurs, de responsables...) à chaque fois que cela sera utile au cours des activités du club.
- Autorise les dirigeants, responsables, éducateurs sportifs à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident. En cas de nécessité, le mineur dont j'ai la responsabilité légale sera dirigé vers l'hôpital le plus proche. J'autorise le médecin consulté en cas d'urgence à toute intervention chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait, l'état de santé du mineur dont j'ai la représentation légale
- J'autorise également les médecins à prendre, en cas d'urgence et dans la mesure où je serais injoignable, toute décision de soins, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

Cette autorisation parentale reste valable tout au long de l'année sportive 2025-2026, soit du 8 septembre 2025 au 31 août 2026.

Médecin traitant :

Nom

N° de tél.....

Allergies éventuelles :

Date

Signature
précédée de la mention « lu et approuvé »