

AUTORISATION PARENTALE
VAC ADOS CAP SPORTS
2016

Monsieur, Madame (père, mère
ou tuteur de l'enfant)

Nom du jeune

Date et lieu de naissance

Adresse - Ville

Téléphone en cas d'urgence

Adresse mail

Numéro MSA
(seulement régime agricole)

Votre enfant est-il licencié dans un club sportif ? Oui Non

Si oui, quelle activité sportive ?

J'AUTORISE mon enfant, pendant cette période, à pratiquer des activités diverses, à circuler dans des véhicules mis à disposition par l'association, d'éventuels transports collectifs, etc... Oui Non

J'AUTORISE l'équipe pédagogique à diffuser l'image de mon enfant dans le cadre d'une exposition ou d'activités audiovisuelles (site internet de la MJC) Oui Non

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui Non

Traitement :

Médecin de famille :

Téléphone :

J'AUTORISE le responsable de VAC ADOS CAP SPORTS 2016, à faire soigner l'enfant susnommé et à prendre toutes les mesures, y compris l'hospitalisation, nécessitées par son état de santé, selon les prescriptions du corps médical consulté. Oui Non

Paiement total à l'inscription d'un moment de : € Chèque Espèce Autre

Fait à

Le

Signature