

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .....

(nom et prénom du représentant légal)

➤ **autorise mon fils ou ma fille** .....

(nom et prénom de l'enfant)

A participer au Stage Sélection Minimes-Cadets des 23 & 24 octobre 2018

Il ou elle sera sous la responsabilité de l'encadrement technique du Comité Judo 76  
(préciser le nom) M.LIMARE Romain

➤ **autorise le responsable de l'encadrement à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.**

(en cas de refus rayer la mention)

A défaut, il ou elle sera pris(e) en charge par les services d'urgence.

➤ **reconnait avoir été informé(e) que la prise en charge de mon enfant par « l'encadrement » se fera à partir, du mardi 23 octobre 2018 à 9h au CRJS de Petit Couronne jusqu'au mercredi 24 octobre 2018 à 16h30 au Dojo de Petit Couronne.**

➤ **certifie que mon fils ou ma fille est à jour de tous ses vaccins** (Tétanos, ...)

➤ **certifie avoir produit le certificat médical de non contre-indication à la pratique du judo en compétition datant de moins d'un an.**

### EN CAS D'URGENCE

#### Personnes à prévenir :

Nom : ..... Qualité : .....  
Tel dom/prof/mob.....

Nom ..... Qualité.....  
Tel dom/prof/mob.....

### RENSEIGNEMENTS UTILES

N° de sécurité sociale : .....

Nom de l'assuré : .....

Mutuelle :

Allergies connues :

Autres :

Fait à , le

**Signature**