



CATEGORIE :

EQUIPE :

## AUTORISATION PARENTALE SAISON 2021/2022 *Pour les licenciés mineurs*

Je soussigné(e), ....., représentant(e) légal(e)  
du joueur / de la joueuse :

NOM : ..... PRENOM : .....

**AUTORISE\***

**N'AUTORISE PAS\***

(\*) *Rayer la mention inutile*

L'entraîneur ou l'accompagnateur de l'équipe de mon enfant à donner en mon nom, lieu et place toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aigue à évolution rapide.

**Personne(s) à contacter (A remplir obligatoirement)**

**Traitements suivis et allergies :**

NOM :

-

Prénom :

-

Adresse :

-

Tél :

Nom & adresse du médecin traitant :

NOM :

Prénom :

Tél :

Adresse :

Groupe Sanguin (si connu) :

Tél :

N° de sécurité sociale :

Fait à Douvres la Délivrande, le .....

Signatures des parents  
(Précédées de la mention « lu et approuvé »)