



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

NOM : Prénom :

agissant en qualité de : Père, Mère, Tuteur (trice)(1)

de l'enfant : NOM : Prénom :

1. autorise mon enfant à pratiquer l'athlétisme au sein de l'Athlétic Club de Chenôve
2. autorise mon enfant à rentrer seul au domicile à l'issue de l'entraînement (1)
3. autorise mon enfant à participer aux compétitions et aux déplacements organisés par l'AC CHENOVE
4. autorise le responsable de l'AC CHENOVE ou l'entraîneur du club l'accompagnant à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant,(2)
5. J'indique que mon enfant pourra être confié à sa sortie d'hôpital ou d'examens au responsable de l'AC CHENOVE ou de l'entraîneur du club l'accompagnant
6. autorise un des membres de l'encadrement de l'AC CHENOVE à transporter mon enfant dans son véhicule personnel en cas de nécessité, (1)
7. interdit formellement à mon enfant de s'absenter du site de compétition,
8. Téléphones en cas d'urgence :
(obligatoire svp)
.....

Fait àle.....

Signature du parent :
(obligatoire)

Signature de l'athlète :
(obligatoire)

- (1) rayer les mentions inutiles
(2) en cas de contre indication médicale, merci d'en informer au préalable le responsable de l'AC CHENOVE.

Remarques :