

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____ Père, Mère, Tuteur* ou

Nous soussignés _____

autorise - autorisons notre fille - fils* (Nom Prenom) : _____

né (e) le : _____

scolarisé (e) à (Etablissement) : _____

1) A participer au championnat départemental - académique - national*

De (discipline) : _____

Les (Dates) : _____

Organisé par l'U.G.S.E.L. à (Lieu) : _____

2) A se déplacer avec la personne responsable (Nom - Prenom) : _____

Départ prévu le (Date) : _____ à (Lieu) : _____

Retour le (Date) : _____ à (Lieu) : _____

autorise - autorisons M _____, les responsables de l'organisation et le médecin consulté à prendre toutes les décisions en cas de maladie ou accident nécessitant une intervention, y compris chirurgicale, avec pratique (si nécessaire) de l'anesthésie générale.

autorise la sortie de mon enfant de l'établissement hospitalier sur autorisation médicale.

Coordonnées des parents ou de la personne à prévenir :

Tél. personnel : _____ Horaires : _____

Tél. professionnel : _____ Horaires : _____

OBSERVATIONS (Notamment contre-indications médicales éventuelles)

A _____ le _____
Signature(s),

* Rayer la ou les mentions inexactes