

**AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS**

Doc n°4

Nous, soussignés (1)

Nom et prénom de la mère : N° téléphone :

Adresse : N° portable :

Profession : E-mail :

Nom et prénom du père : N° téléphone :

Adresse : N° portable :

Profession : E-mail :

Nom et prénom du tuteur légal : N° téléphone :

Adresse : N° portable :

Profession : E-mail :

Responsable du/de la jeune (1)

Nom et prénom :

Né (e) le :

Reconnaissons,*... avoir pris connaissance du contrat sportif et associatif du club.**... avoir pris connaissance des conditions d'assurance prévues.**... avoir pris connaissance des lieux et horaires d'entraînement concernant mon enfant.***Autorisons,***... notre enfant à pratiquer le handball au sein de l'ASCR-Handball et à quitter l'entraînement à la fin de celui-ci : (1)*

- Uniquement en ma présence
- Seul
- En présence d'un adulte désigné par écrit à l'entraîneur

*... les dirigeants, entraîneurs et le corps médical présent, à prendre toute mesure nécessitée par l'état de santé de notre enfant. En conséquence, nous leur donnons mandat le cas échéant pour faire transporter notre enfant en cas d'urgence, dans un établissement hospitalier pour faire pratiquer les interventions suivant les prescriptions des médecins.***Demandons,***... que notre enfant utilise les moyens de locomotion mis en place par les dirigeants et entraîneurs du club pour effectuer les déplacements nécessaires.**... à être avisés de ces décisions dans les meilleurs délais aux numéros signalés précédemment.*

Fait à :

Le :

Signatures des parents ou du responsable légal