

2012



2013.

No de dossier : .....

No allocataire CAF ou MSA:.....

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Tranche d'âge **8/12ans**

Tranche d'âge **13/17 ans**

Observations : (allergies, traitement médical, etc...) : .....

.....

...

### **Autorisation parentale et médicale**

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... No téléphone : .....

### **Personne à prévenir en cas d'urgence**

No téléphone : ..... Courriel : .....

**Je soussigné(e), M, Mme** : .....

**Père, mère, tuteur de** : .....

### **Fiche de renseignements**

- M'engage à faire respecter par mon enfant les instructions du personnel d'encadrement et les horaires des activités.
- Autorise les animateurs à prendre toutes les mesures nécessaires pour assister ou faire soigner mon enfant en cas d'accident ou de symptômes nécessitant des soins immédiats.
- Si mon enfant ne respecte pas les règles, seb sports évènements se réserve la possibilité de mettre fin aux activités de l'enfant après entretien avec les parents.
- Atteste que mon enfant ne présente pas de contre-indication à la pratique du sport et dégage toute responsabilité de l'organisateur sur son état de santé.
- Autorise seb sports évènements à utiliser les photographies de l'enfant réalisées durant les activités
  
- Autorise mon enfant à rentrer seul dès la fin des activités : oui non

A....., le : .....

Signature : .....

Nous conseillons aux parents d'effectuer une visite médicale pour la pratique sportive de leur enfant