



No de dossier :
No allocataire CAF ou MSA:.....
Nom de l'enfant : Prénom :
Date de naissance :.....
Tranche d'âge **6/11ans**
Tranche d'âge **12/17 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 : MAIL:
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