

CD. 17 HANDBALL

Gymnase du Grand Coudret
100 rue du Dr Jean
17100 SAINTES
Tél. 05.46.93.66.80

Ce document est à donner
le jour du stage.

AUTORISATION PARENTALE

STAGIAIRES MINEURS

Mme, Mr
autorisons notre **Fille - Fils** (1)
à participer aux stages départementaux auxquels il sera convoqué pendant la saison 2022-2023 et
EN CAS D'ACCIDENT

J'autorise- Je n'autorise pas (1) les responsables du stage à faire pratiquer, après avis d'un médecin, les soins nécessaires ou toute intervention utile pour mon enfant.

J'autorise le responsable du stage à prendre en charge mon enfant après l'intervention médicale

L'enfant doit-il faire l'objet d'une attention particulière (Prise de médicaments, problème physique momentané, allergies médicamenteuses ou autres)

(OUI - NON) (1)

Si oui, précisez :
.....
.....

N° Sécurité Sociale
Nom de la Mutuelle Complémentaire.....

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : Tél. :

Adresse :
.....
.....

Mail :

Fait le A.....

Signature(s) précédée(s) de "LU ET APPROUVE"

(1) Rayer les mentions inutiles