



AUTORISATION PARENTALE

Saison 2018/2019

Je soussigné(e)

Père, mère, représentant légal de

Demeurant à

Numéro(s) de téléphone

Personne(s) à prévenir en cas d'accident (nom + n° téléphone si hors parents)

.....

.....

Nom et n° de téléphone du médecin traitant

Activité(s) choisie(s) :

➤ Je déclare :

⊙ Autoriser mon enfant à pratiquer la ou les activité(s) choisie(s).

⊙ Autoriser les responsables de l'activité pratiquée, à prendre sur avis médical, en cas d'accident, toutes mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'hospitalisation.

⊙ Être informé(e) :

- que les enfants doivent être laissés à l'animateur en personne.

- que leur prise en charge par le Cercle s'effectue sur les lieux où se déroulent les cours et non à l'extérieur des locaux.

- que cette prise en charge est limitée strictement à la durée de l'activité.

- qu'un enfant ne peut pas participer à une activité de l'association quelle qu'elle soit, sans avoir accompli les démarches prévues par le Conseil d'Administration.

⊙ Avoir pris connaissance du règlement intérieur.

➤ J'autorise mon enfant à quitter seul la Maison de Quartier à la fin de l'atelier :

OUI

NON

Date : ____/____/____

Signature d'un des représentants légaux,

Précédée de la mention "lu et approuvé".