



AUTORISATION PARENTALE SAISON 2018-2019

Je soussigné, Madame ou Monsieur.....
autorise le Responsable Délégué du Comité Départemental de Basket à prendre les dispositions
nécessaires lors de toutes manifestations organisées par le Comité Départemental de Basket en cas
d'accident pour mon fils ou ma fille *(mentionner Nom et prénom)
..... Né(e) le.....
Licence n° Club

Autorise les dirigeants de l'association du COMITE DEPARTEMENTAL de basket-
ball à photographier mon enfant mineur et à utiliser les images sur ses différents
outils de communications dans le but de rendre compte de l'activité ou de faire la
promotion du basketball.

Autorise les dirigeants de l'association du COMITE DEPARTEMENTAL de basket-
ball à véhiculer mon enfant.

EN CAS D'URGENCE PREVENIR :

M. MME

Tel. Personnel Tel. Portable

Tel Travail Email.....

Adresse complète

Autre personne à prévenir éventuellement

Nom du médecin traitant Tel

Votre numéro de Sécurité Sociale.....

Coordonnées de votre Mutuelle

Contre-indications médicales éventuelles (allergies, asthme etc...).....

Traitement en cours.....

Souhaite que mon enfant soit transféré :

* à la Clinique

* à l'Hôpital

Date :

Signature du Tuteur Légal

Attestation valable pour l'année sportive 2018-2019, merci de nous prévenir si des modifications doivent être enregistrées en cours d'année