



# ***AUTORISATION PARENTALE SAISON 2020-2021***

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) .....  
..... Née 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 pour 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 2020-2021, merci de nous prévenir si des  
modifications doivent être enregistrées en cours d'année**