



# ***AUTORISATION PARENTALE SAISON 2014-2015***

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.....

**N'autorise pas les dirigeants de l'association du COMITE DEPARTEMENTAL de basket-ball à photographier mon enfant mineur et à utiliser les images pour d'éventuels reportages pour les sponsors -**

## **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 2014-2015, merci de nous prévenir si des modifications doivent être enregistrées en cours d'année**