



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)Père,Mère,Tuteur (1)

N° de sécurité sociale :.....Mutuelle :

N° :

Autorise ma fille- mon fils (1) (Nom – Prénom) :.....

Né(e) le :

Scolarisé(e) à (Etablissement) :.....

1) A participer à la rencontre , au championnat

De (discipline) :.....

Le(s) (date) :.....

Organisé par l’UGSEL à (Lieu) :.....

2) A se déplacer avec la personne responsable (nom-prénom).....

Départ prévu le (date) :..... à (lieu) :.....

Retour prévu le (date) :..... à (lieu) :.....

Autorise en mon nom M..... ,les responsables de l’organisation et le médecin consulté à prendre toutes décisions en cas de maladie ou d’accident nécessitant une intervention y compris chirurgicale, avec pratique (si nécessaire) de l’anesthésie générale.

Autorise la sortie de mon enfant de l’établissement hospitalier sur autorisation médicale.

Coordonnées des parents ou de la personne à prévenir :

Tél. personnel :.....Horaires :.....

Tél. professionnel :.....Horaires :.....

OBSERVATIONS (notamment contre-indications médicales éventuelles)
.....
.....
.....

A _____ le _____

Signature,

(1) : Rayer la ou les mentions inexactes.

