

AUTORISATION PARENTALE SAISON 2024-2025

Je soussigné pour toutes les compétitions, entraînements, déplacements et stages préétablis au calendrier du club ou ayant fait l'objet d'une convocation particulière.

Je soussigné(e), agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur

(nom et prénom). [REDACTED]

né(e) le. [REDACTED]

N° Sécurité Sociale : [REDACTED]

Parent de :

Né(e) le :

autorise

- L'établissement hospitalier dans lequel mon enfant aura été transporté, à pratiquer ou à faire pratiquer tous les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic, voir le cas échéant dans un autre centre hospitalier.
- Le chirurgien à pratiquer tous les cas liés à l'intervention chirurgicale.
- L'anesthésiste réanimateur à pratiquer tous les actes détachables du processus opératoire.
- Le responsable du C'Chartres Métropole Triathlon, à sortir mon enfant de l'établissement hospitalier après réalisation des soins et avec l'accord du médecin.
- Le transport de mon enfant par véhicule collectif, par voiture particulière d'une personne de l'encadrement ou d'un parent.

Fait à [REDACTED]

[REDACTED]
Le :

Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite : « Lu et Approuvé »

Autres renseignements :

Date de la dernière piqûre antitétanique : [REDACTED]

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Personne à contacter si besoin :

Lien de parenté :

Portable :

Téléphone travail

DOCUMENT A JOINDRE AU DOSSIER DE LICENCE FFTRI