

## AUTORISATION PARENTALE ANNUELLE

Je soussigné(e) .....

*(Nom et prénom du représentant légal)*

➤ **autorise mon fils ou ma fille** .....  
*(Nom et prénom de l'enfant)*

À pratiquer le judo au sein du judo club des mauges lors de la saison 2016-2017

➤ **autorise Daniel RÉTHORÉ à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.**  
*(En cas de refus rayer la mention)*

A défaut, il ou elle sera pris(e) en charge par les services d'urgence.

➤ **reconnait avoir été informé(e) que la prise en charge de mon enfant par « l'encadrement » ne se fera et qu'à partir du lieu Du dojo du Fuilet et à partir du lieu de rendez-vous fixé dans la convocation pour tout déplacement prévu dans le cadre du club.**

➤ **certifie que mon fils ou ma fille est à jour de tous ses vaccins** (Tétanos, ...)

➤ **certifie avoir produit le certificat médical de non contre-indication à la pratique du judo en compétition datant de moins d'un an.**

➤ **Autoriser toute utilisations de son image lors des activités, stages, ou compéitions organisés par le club, le comité départementale, la ligue, ou la ffjda (photos, vidéos, presse locale ou nationale, journal du club ou site internet du club)**

### EN CAS D'URGENCE

#### Personnes à prévenir :

Nom : ..... Qualité : .....  
Tel dom/prof/mob.....

Nom ..... Qualité.....  
Tel dom/prof/mob.....

### RENSEIGNEMENTS UTILES

N° de sécurité sociale : .....

Nom de l'assuré : .....

Mutuelle :

Allergies connues : ..... Autres : .....

:

Fait à ..... , le .....

**Signature**

*Tout participant ne se présentant pas muni de ce document dûment complété et signé par son représentant légal sur le lieu de rendez-vous fixé ne sera pas admis.*