

Autorisation parentale

1. Je soussignée, responsable légal de l'enfant
....., autorise n'autorise pas le
responsable de Riser du 34 présent à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical,
hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Personne à contacter en cas d'urgence Nom :

Téléphone(s) :

Allergies :

Conduite à tenir :

En cas d'hospitalisation (clinique – hôpital) :

Adresse :

Vaccins à jour : Oui Non

2. Autorise Riser du 34, association culturelle et sportive, à prendre des photographies individuelles et/ou de
groupe. Oui Non

À utiliser et diffuser sur internet ou sur tous autres supports les informations suivantes :

- Nom et prénom Oui Non
- Photographies individuelles et/ou de groupe
- Résultats sportifs

3. Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de Riser du 34 et de le respecter en tout point tout au
long des entrainements et des sorties organisées. Oui Non

4. Les sorties de la salle après les entrainements

Mon enfant peut rentrer seul

Attention : en dessous de 6 ans, il n'est pas permis de laisser repartir l'enfant s'il n'est pas pris en
charge par une personne majeure

Je viens chercher mon enfant

Mon enfant peut rentrer avec d'autres personnes

1/ Mme / Mr :

Téléphone :

2/ Mme / Mr :

Téléphone :

Fait à **Le**

Signature

Fiche médicale

Renseignements:

Médicaments, régimes éventuels, soins particuliers, soins journaliers :

Existe-t-il des contre-indications pour certaines activités physiques ? :

L'adhérent souffre-t-il d'allergies ?

Médicamenteuses Alimentaires Asthme Autres (dont régime alimentaire) (1), - Précisez :

Autres renseignements concernant l'état physique:

Autorisation des parents en cas d'urgence médicale

Je soussigné(e) :

(Nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale pour les mineurs)

Adresse Code postal Ville Pays :

Agissant en qualité de :

Responsable de :

Déclare :

- Autorise les responsables de Riser du 34 à faire donner tous les soins médicaux et Chirurgicaux, y compris l'hospitalisation, qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, Intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après Consultation d'un praticien

- En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement sont à la charge des familles.

Je m'engage à rembourser à Riser du 34 l'intégralité des frais (médicaux et Pharmaceutiques) avancés éventuellement pour mon compte. (Les justificatifs des frais et le dossier médical seront adressés à la famille).

A : Le :

Signature :