



**AUTORISATION PARENTALE
DE PARTICIPER AU ENTRAINEMENT ET A LA COMPETITION SAISON 2011/2012 :**

Dénomination **Sport impact** 44 RUE CHARLES GIDE 17100 SAINTES

Je soussigné(e) Madame, Mademoiselle, Monsieur :

Tuteur légal de l'enfant _____

Né le: _____

Donne l'autorisation de participer aux manifestations sportive .

AUTORISATION DE SOINS

Donne l'autorisation à l'équipe médicale d'effectuer les soins nécessaires adaptés à la pathologie de celui-ci et donne également l'autorisation de transporter l'enfant vers un établissement sanitaire si besoin.

Fait à : _____

Le : _____

Signature de la personne responsable
suivie de la mention « lu et approuvé »