



AUTORISATION PARENTAL :

Je soussigné(e),

Nom et prénom du représentant légal:

Nom et prénom de l'adhérent mineur:

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : **E-mail :**

Autorise le SPUC Judo et son encadrement à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident ou de problème de santé survenant lors des entraînements, compétitions ou tout autre événement organisé par le club.

Cela comprend notamment :

- L'appel aux services de secours et le transport vers un établissement de soins si nécessaire,
- L'autorisation donnée aux professionnels de santé de pratiquer les soins médicaux d'urgence jugés nécessaires,
- La communication des informations médicales utiles aux secours et aux soignants.

Je déclare avoir communiqué au club toute information médicale pertinente concernant mon enfant (allergies, traitements en cours, contre-indications médicales, etc.).

Cette autorisation est valable pour toute la durée de l'adhésion de mon enfant au SPUC Judo et pourra être révoquée à tout moment par demande écrite adressée au club.

Fait à :, **le**

Signatures :