



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur⁽¹⁾

n° de sécurité sociale : Mutuelle :

☐ autorise ma fille - mon fils ⁽¹⁾ (Nom - Prénom) :

né(e) le :

scolarisé(e) à (Etablissement) :

1) A participer au Championnat départemental - territorial - national ⁽¹⁾

de (discipline) :

le(s) (dates) :

organisé par l'UGSEL à (lieu) :

2) A se déplacer avec la personne responsable (Nom - Prénom) :

DEPART prévu le (date) : à (lieu) :

RETOUR le (date) : à (lieu) :

☐ autorise en mon nom M....., les Responsables de l'organisation et le médecin consulté à prendre toutes décisions en cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention, y compris chirurgicale, avec pratique (si nécessaire) de l'anesthésie générale.

☐ autorise la sortie de mon enfant de l'établissement hospitalier sur autorisation médicale.

Coordonnées des parents ou de la personne à prévenir :

.....

.....

Tél. personnel : Horaires :

Tél. professionnel : Horaires :

OBSERVATIONS (Notamment contre-indications médicales éventuelles)

A le

Signature

⁽¹⁾ Rayer la ou les mentions inexactes.