



AUTORISATION PARENTALE POUR LES ADHÉRENTS
MINEURS OU SOUS TUTELLE



Je soussigné(e) père, mère, tuteur (*) :

NOM PRENOM :

Déclare avoir plein exercice de l'autorité parentale ou de tuteur de l'adhérent nommé ci-dessous :

NOM (adhérent) : PRENOM (adhérent) :

Né(e) le :/...../..... À

Adresse :

Code postal : VILLE :

M'engage à m'assurer de la présence du professeur ou d'un membre dirigeant de la section avant de laisser l'adhérent au(x) cours de danse(s).

Autorise – n'autorise pas (rayer la mention inutile)

Celui-ci à pratiquer la DANSE et à participer aux divers manifestations organisées au sein du Club Sportif Braytois « Section Danse » qui propose ces activités.

Autorise – n'autorise pas (rayer la mention inutile)

Celui-ci à effectuer les déplacements liés à son activité au sein du Club Sportif Braytois « Section Danse » dans tout véhicule (bus ou voiture) conduit par un membre ou salarié du Club Sportif Braytois, par un parent accompagnant ou par un transporteur professionnel (bus).

Autorise – n'autorise pas (rayer la mention inutile)

Le Club Sportif Braytois (toutes sections) à prendre et/ou utiliser des photos ou films de l'adhérent nommé ci-dessus.

Autorise – n'autorise pas (rayer la mention inutile)

L'adhérent à rentrer seul après le(s) cours de danse.

Autorise – n'autorise pas (rayer la mention inutile)

La Section Danse à fournir les coordonnées téléphoniques aux professeurs et à utiliser ces derniers dans le but d'une création d'un groupe What's App.

Fait à Le/...../.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

(*) Rayer les mentions inutiles



**AUTORISATION DE SOINS ET INTERVENTION EN CAS D'URGENCE
POUR LES ADHÉRENTS MINEURS OU SOUS TUTELLE**



Je soussigné(e) père, mère, tuteur (*) :

NOM PRENOM :

Adresse :

Code postal : VILLE :

Représentant légal ou tuteur de l'adhérent nommé ci-dessous :

NOM PRENOM :

Autorise en cas d'accident, le Club Sportif Braytois à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'adhérent y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale du corps médical consulté.
L'adhérent sera transporté à l'hôpital choisi par les sapeurs-pompiers ou le SAMU.

M'engage à transmettre les modifications de toutes coordonnées de contact utiles.

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom, prénom et lien de parenté :

Tél. fixe : Portable :

Nom, prénom et lien de parenté :

Tél. fixe : Portable :

Nom, prénom et lien de parenté :

Tél. fixe : Portable :

**Personnes autorisées à venir chercher l'adhérent en cas d'indisponibilité des parents ou du tuteur :
(Présentation d'une pièce d'identité)**

Nom, prénom, lien de parenté et téléphone :

Nom, prénom, lien de parenté et téléphone :

Fait à Le/...../.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

(*) Rayer les mentions inutiles