

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné
Père –mère –tuteur (1)

Demeurant.....
A.....

Autorise mon fils – ma fille (1)
Né(e) leà

A faire partie de l'association du STADE PORTE NORMANDE de VERNON
Pour y pratiquer le pour la saison

En outre j'accepte que les responsables du club fassent soigner mon enfant et
Autorisent en mon nom une intervention médicale ou chirurgicale en cas de
Besoin au cours des entrainements , déplacements , voyages , rencontres de toute
Nature , en France et à l'étranger . (2)

La responsabilité du STADE PORTE NORMANDE de VERNON commence
Lorsque mon enfant est en présence de son professeur , elle cesse lorsque son
professeur le libère .

A VERNON LE
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

- (1) Rayer les mentions inutiles
- (2) A rayer en cas de non – acceptation

N° de téléphone en cas d'urgence
Etes-vous assuré social N°.....
Etes-vous affilié à une caisse complémentaire ou une mutuelle
Nom

Siège social et permanence : centre sportif municipal , 20 Rue du Grévarin –27200
Vernon
Tel : 02.32.51.15.94