



AUTORISATIONS POUR MINEURS

Pour les anciens adhérents à ne compléter qu'en cas de changements ou de nouveaux éléments par rapport à la ou aux saisons précédentes

Je soussigné(e) :

NOM : _____ **Prénom** _____

Domicilié à l'adresse suivante :

CODE POSTAL : _____ **VILLE :** _____

En ma qualité de **père, mère, tuteur(tutrice)***, représentant légal de l'enfant :

NOM : _____ **Prénom** _____

Né(e) le ____ / ____ / ____ à _____

- ✓ **l'autorise / ne l'autorise pas*** à adhérer le club d'ESCRIME DE L'UZÈGE,
- ✓ **l'autorise / ne l'autorise pas*** à quitter la salle d'armes après les cours,
- ✓ **l'autorise / ne l'autorise pas*** à participer à toutes les activités organisées par le club d'ESCRIME DE L'UZÈGE,
- ✓ **autorise / n'autorise pas*** un entraîneur majeur, un membre du club ou un parent bénévole du club à transporter mon enfant dans un véhicule personnel pour se rendre sur un lieu de compétition ou un lieu de stage,
- ✓ **autorise / n'autorise pas*** en cas d'accident, les membres de l'ESCRIME CLUB DE L'UZÈGE à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par le corps médical, les sapeurs-pompiers ou le SAMU.

Si mon enfant n'est pas autorisé à quitter seul la salle d'armes après les cours, liste des personnes autorisées à venir le chercher en cas d'indisponibilité des parents (sous réserve de présentation d'une pièce d'identité) :

NOM, Prénom _____	Qualité _____
NOM, Prénom _____	Qualité _____
NOM, Prénom _____	Qualité _____

** Rayer les mentions inutiles*

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles lors des déplacements des enfants. Elle permet en cas d'accident, d'informer le personnel médical rapidement. Ces fiches restent en possession des membres du bureau et sont transmises seulement à l'accompagnateur en cas de besoin sur un déplacement.

- **L'enfant suit-il un traitement de longue durée ?** ☐ OUI ☐ NON

Précisez :

- **L' enfant a-t-il les allergies suivantes ?**

Asthme : ☐ OUI ☐ NON
Alimentaires : ☐ OUI ☐ NON
Médicamenteuses : ☐ OUI ☐ NON
Autres : ☐ OUI ☐ NON

Précisez la(les) cause(s) d'allergie et la conduite à tenir :

Nom et coordonnées du médecin traitant : _____

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM Prénom _____
Tel. _____

NOM Prénom _____
Tel. _____

NOM Prénom _____
Tel. _____

☒ Je m'engage à communiquer les modifications de toutes coordonnées téléphoniques utiles

DATE ET SIGNATURE :

(à précéder de la mention « lu et approuvé »)

ZONE RESERVÉE AU CLUB

RÉCAPITULATIF DES AUTORISATIONS	OUI	NON
Autorisation de quitter la salle seul(e)		
Autorisation de soins		
Autorisation de transport		
Autorisation d'image (cf. fiche d'inscription)		