



Le

**AUTORISATION PARENTALE**  
2...../2.....

Obligatoire pour les mineurs

Je soussigné :

Mlle  Mme  Mr :

Adresse :

Code postale + Ville :

Père  Mère  Tuteur de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

autorise pour la saison 2...../2..... :

- les dirigeants (bureau et encadrants) et les accompagnateurs autorisés par les dirigeants à prendre toutes les mesures qu'ils jugeraient nécessaires dans le cadre des activités de l'ASMBC en fonction des situations (accidents, non respect du règlement intérieur...)

- le médecin à effectuer sur mon enfant, une intervention chirurgicale, une anesthésie générale, des soins d'urgence.

A  
Le / /

Signature  
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

