**AUTORISATION PARENTALE**

*En cas d'urgence, les médecins amenés à pratiquer certains actes chirurgicaux, examens ou anesthésies, demandent une autorisation écrite des parents. Si celle-ci fait défaut il leur faut demander l'autorisation au Juge des enfants ou au Procureur de la République. L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches en cas d’urgence.*

Je soussigné(e) (nom, prénom) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

demeurant (adresse complète) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ téléphone(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

représentant légal de l’enfant mineur ci-dessous :

Nom et Prénom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

autorise l’enfant à participer à toutes les actions (entraînements, stages, sorties hebdomadaires, regroupements, compétitions), organisées par l’association Canoë Kayak Sport Libourne.

[ ]  autorise, le responsable de l’action menée par le Canoë Kayak Sport Libourne à faire pratiquer tout soin ou toute intervention chirurgicale jugée indispensable par le corps médical, ainsi qu’à pouvoir reprendre en charge, lui-même, l’enfant dans le service hospitalier (ou dans le service médical concerné) à la fin du traitement ou de l’intervention.

*Important : veuillez nous signaler les renseignements médicaux s’il y a lieu tels qu’asthme, allergies…*

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Signature du pratiquant ou de son représentant légal |