

AUTORISATIONS

Pour les mineurs

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant :

I- AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

autorise celui-ci à participer aux activités du Montpellier Méditerranée Métropole Canoë Kayak UC

II- AUTORISATION DE TRANSPORT

autorise celui-ci à emprunter les moyens de transport mis à sa disposition par le Montpellier Méditerranée Métropole Canoë Kayak UC y compris les véhicules personnels des entraîneurs ou de toute autre personne du Club et des parents éventuels qui accompagneront ces déplacements. Je m'engage à ne pas intervenir juridiquement contre le Montpellier Méditerranée Métropole Canoë Kayak UC en cas d'accident. Dans le cas contraire, j'accompagnerai moi-même mon enfant à chaque déplacement.

III- AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES

autorise le Montpellier Méditerranée Métropole Canoë Kayak UC à prendre en photo mon enfant cité ci-dessus pendant les activités au sein du Montpellier Méditerranée Métropole Canoë Kayak UC. J'autorise le Montpellier Méditerranée Métropole Canoë Kayak UC à afficher ces photos dans ses locaux ou lieux que le club utilise et éventuellement à publier ces photos dans des supports internes (programmes, journal,..) et/ou externes (facebook, site internet, médias,...) du club. J'ai pris bonne note que cette disposition n'ouvre droit à aucune rémunération.

Nom :

Date :

Signature :

AUTORISATION MEDICALE

pour l'année 2015/2016

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, 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.

JE SOUSSIGNE(E), LE RESPONSABLE LEGAL, M./MME

NOM – PRENOM :
ADRESSE COMPLETE :
CODE POSTAL :
VILLE :

☎ DOMICILE :

☎ PORTABLE :

☎ PROFESSIONNEL :

☎ AUTRE :

Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant :

NOM – PRENOM :
Date de naissance :
N° Sécurité sociale :
Personne à joindre en cas d'urgence :

Fait à _____, le _____

Signature du / des parent(s),
Précédée de la mention « lu et approuvé »

AUTORISATION PARENTALE

POUR LES CONTRÔLES ANTIDOPAGE SANGUINS

CODE DU SPORT - Article R232-52 – Entrée en vigueur le 16 Janvier 2011

L'obligation pour athlète contrôlé de devoir justifier de son identité.

Si le sportif contrôlé est un mineur ou un majeur protégé, tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, ne peut être effectué qu'au vu d'une autorisation écrite de la ou des personnes investies de l'autorité parentale ou du représentant légal de l'intéressé remise lors de la prise ou du renouvellement de la licence. L'absence d'autorisation est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle.

POUR L'ANNEE 2015 / 2016

JE SOUSSIGNE(E), LE RESPONSABLE LEGAL, MR/MME :

NOM – PRENOM :

ADRESSE COMPLETE :

CODE POSTAL :

VILLE :

☎ DOMICILE :

☎ PORTABLE :

☎ PROFESSIONNEL :

☎ AUTRE :

AUTORISE L'ENFANT :

NOM – PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

DISCIPLINE :

A subir des contrôles antidopage dans le cadre de son activité sportive de licencié(e) de la Fédération Française de Canoë Kayak

Fait à _____, le _____

Signature du/des parent(s),
Précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Signature de l'intéressé(e),
Précédée de la mention « Lu et Approuvé »

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
A destination de la structure
pour l'année 2015/2016

Nom :

Prénom :

Age :

Taille :

Poids :

N° de sécurité sociale :

L'enfant souffre t'il d'allergies ? Alimentaires ? Médicamenteuses ? Autres ?

Asthme ?

Restrictions alimentaires ?

Date des vaccins suivants :

- Diphtérie :
- Tétanos :
- Polio :

L'enfant suit il actuellement un traitement ?

Problèmes de santé à signaler :

Fait à _____, le _____

Signature

Précédée de la mention « lu et approuvé »