



ARRAS TENNIS DE TABLE

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),, représentant légal de l'enfant né(e) le

L'autorise à participer aux activités (entraînements, pôles de formation, Grand Prix des Jeunes du Crédit Agricole,...) et/ou aux compétitions (Championnats par équipes,...) proposées par l'association ARRAS Tennis de Table.

Autorise l'encadrement à prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par son état de santé (visite médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale d'urgence, ...) selon les prescriptions médicales.

Autorise - N'autorise pas la diffusion de l'image de mon enfant pour les besoins du club.
Ces images seront utilisées dans le cadre des supports d'information (panneau d'affichage,...) et/ou du site Internet ARRAS Tennis de Table.

Autorise - N'autorise pas mon enfant à quitter seul le lieu d'entraînement ou de compétition.

Observations médicales particulières :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Tél (dom) : Tél (bur) :

Port : E-mail :

Lieu d'hospitalisation souhaité.....

Date et Signature

(précédée de la mention « lu et approuvé »)