

AUTORISATION PARENTALE PERMANENTE

Je soussigné	NOM :	:
	PRENOM :	:
Demeurant	ADRESSE :	:
	CODE POSTAL :	:
	VILLE :	:
	TELEPHONE maison :	:
	TELEPHONE travail :	:
	PORTABLE :	:

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : (en cas de déplacement)

Photocopie de la carte vitale

Autorise mon enfant	NOM :	:
	PRENOM :	:
	DATE DE NAISSANCE :	:
	AGE :	:

A participer à tous les déplacements qu'effectuera au Club 2 Cannes Atlantique (C2CA) dans le cadre de ses activités.

J'autorise les représentants du C2CA à prendre toutes les dispositions concernant mon enfant, y compris **les soins médicaux et chirurgicaux** et notamment **une anesthésie en cas d'urgence**,

Je les autorise également à récupérer mon enfant à la fin des soins pour le retour au domicile.

Droit à l'image :

J'autorise le C2CA à prendre des photographies de mon enfant ou à le filmer. Ces photographies ou films pourront éventuellement servir de support publicitaire, affiches, site internet... pour développer notre Club.

Accueil des enfants mineurs :

Lorsque vous déposez vos enfants à son activité sportive, vous devez vous assurer qu'il est bien pris en charge par l'adulte organisateur. Si celui-ci est en retard, vous devez patienter avec votre enfant jusqu'à son arrivée.

Vous vous engagez à récupérer votre enfant à l'heure de fin de cours.

Les organisateurs sont tenus, à l'égard de votre enfant, et durant sa présence pendant l'heure de cours sportif, à une obligation générale de prudence et de diligence.

Pour les mineurs qui viennent et repartent seuls, le C2CA décline toute responsabilité en dehors de l'heure de cours.

Si votre enfant est récupéré par une tierce personne, veuillez nous fournir une attestation écrite.

Fait à _____, le _____

Signature précédée des mentions manuscrites « lu et approuvé »

ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE AU QUESTIONNAIRE « QS SPORT »
(MINEUR)

Dans le cadre du renouvellement de sa licence et conformément aux dispositions spécifiques du Code du Sport et des Règlements Médicaux de la Fédération Française de Savate Boxe Française et Disciplines Associées,

Je, sousigné(e), Mme / Mr (rayer la mention inutile),

Prénom :Nom :

En ma qualité de représentant légal de

Prénom :Nom :

Atteste qu'il / elle a renseigné le questionnaire de santé « QS SPORT » - Cerfa N° 15699*01 (téléchargeable à https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_15699.do) et qu'il / elle a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Afin de respecter le secret médical, le questionnaire de santé « QS SPORT » renseigné ne doit pas être remis au club ni à la Fédération.

Fait à, le .. / .. /

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL