



DATE NAISSANCE :

# Les Fils de Roland BLAYE BASKET

## AUTORISATION PARENTALE

Nom du joueur : \_\_\_\_\_

Prénom du joueur : \_\_\_\_\_

Adresse des parents : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone famille : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

### Couverture sociale :

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

ou N° Mutualité Sociale Agricole : \_\_\_\_\_

### Coordonnées de la personne à prévenir en priorité en cas d'accident :

Nom : \_\_\_\_\_ prénom : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

☎ Professionnel : \_\_\_\_\_ ☎ Portable : \_\_\_\_\_

### Le cas échéant, autre personne à prévenir :

Nom : \_\_\_\_\_ prénom : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ ville \_\_\_\_\_

☎ Professionnel : \_\_\_\_\_ ☎ Portable : \_\_\_\_\_

**Médecin traitant :** Docteur \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

**Allergies connues :** \_\_\_\_\_

En cas d'accident, M., Melle, Mme \_\_\_\_\_

- autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire,
- autorise les responsables de l'équipe de mon enfant :
  - \* à demander l'admission dans un établissement de soins,
  - \* à reprendre le jeune à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature des parents (ou tuteur légal)