

AUTORISATION PARENTALE

ASSOCIATION SPORTIVE LYCÉE ARAGO

JE, SOUSSIGNÉ(E),

PÈRE

MÈRE

TUTEUR :

DEMEURANT :

À : CODE POSTAL :

AUTORISE MON FILS MA FILLE EN CLASSE DE :

PRÉNOM / NOM :

À REJOINDRE L'ASSOCIATION SPORTIVE DU LYCÉE ARAGO PERPIGNAN POUR PRATIQUER LES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES DE SON CHOIX. J'AUTORISE TOUTE PRISE ET DIFFUSION DE PHOTOS/VIDÉOS LE/LA REPRÉSENTANT POUR LA PROMOTION DE L'ASSOCIATION. J'AUTORISE TOUT TRANSPORT DANS LE CADRE DES ACTIVITÉS ET LE RESPECT DES RÈGLES ESSENTIELLES DE SÉCURITÉ. EN CAS D'ACCIDENT, J'AUTORISE LES RESPONSABLES À PRENDRE TOUTE MESURE DICTÉE PAR L'URGENCE ET LE BON SENS. L'ASSOCIATION POURRA ME CONTACTER À TOUT MOMENT, SI BESOIN.

EMAIL : DATE : / /

MOBILE 1 : SIGNATURE

MOBILE 2 :



FICHE D'URGENCE



NUMÉRO SÉC. SOCIALE :

NUMÉRO ET ADRESSE CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE :
.....

NUMÉRO ET ADRESSE ASSURANCE SCOLAIRE :
.....

CONTACT FAMILLE : TÉLÉPHONE DOMICILE ;
MOBILE PÈRE :
MOBILE MÈRE :
MOBILE 3ÈME PERSONNE :

ALLERGIES/TRAITEMENTS/PRÉCAUTIONS :
.....
.....

DATE DERNIER RAPPEL ANTITÉTANIQUE :

MÉDECIN TRAITANT : NOM :
TÉLÉPHONE :