******

**AUTORISATION PARENTALE**

pour les enfants mineurs

**Nom :** (athlète) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Prénom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AUTORISATION TRANSPORT:**

J'autorise le déplacement de mon enfant, dans le cadre de l'activité Athlétisme du FAC, pour les compétitions ou les entraînements.

Ces déplacements pourront être organisés en car, en minibus, avec la navette d'Andrézieux, ou dans la voiture personnelle d'un entraîneur, ou d'un membre du FAC.

**AUTORISATION MEDICALE:**

**J'autorise en cas d'urgence et d'impossibilité de me joindre, les Responsables et Entraîneurs du FAC Athlétisme à faire pratiquer sur mon enfant tout examen ou/et intervention prescrit (e) par un médecin.**

Personnes à prévenir en cas d'urgence:

**NOM Prénom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**NOM Prénom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**NOM Prénom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Si préférence:**

Médecin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

Hôpital:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

Autres informations médicales: (Maladie, Allergie,...) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom - Prénom des parents (ou du responsable légal): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Signature:

(Voir NOTA)