

# **AUTORISATIONS PARENTALES pour les mineurs**

Je soussigné(e), **Monsieur, Madame** : (\*) \_\_\_\_\_

En qualité de :Mère, père, tuteur de l'enfant (\*), autorise mon fils, ma fille, mes enfants (\*):

Demeurant à : \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

A fréquenter l'association VSDL afin de pratiquer dans les installations utilisées par l'association à Vigneux sur Seine, l'(les) activité(s) aux jours et heures suivantes :

<b><u>ACTIVITE</u></b>	<b><u>HEURE</u></b>	<b><u>NOM</u></b>	<b><u>PRENOM</u></b>
_____	De h à h	_____	_____
_____	De h à h	_____	_____

certifie que mon fils, ma fille, mes enfants (\*) :

**Est (sont) autorisé(e)(s) à quitter seul(e)(s), le lieu d'activité et ce sous ma responsabilité**

**N'est pas autorisé(e) (s)à quitter seul(e)(s), le lieu d'activité, et m'engage à récupérer mon (mes) enfant(s) à la fin du cours**

*(\*) Rayer les mentions inutiles*

*cocher la case correspondante*

Je dégage le Président de l'**association** VSDL de toute responsabilité en cas de vol et d'accident en dehors des structures utilisées pour les activités.

J'autorise les responsables à prendre, en cas d'accident survenu durant le cours, toute mesure dictée par l'urgence et notamment à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale **reconnue médicalement nécessaire, en cas d'extrême nécessité.**

OUI       NON

## **PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

NOM \_\_\_\_\_ QUALITE \_\_\_\_\_ TELEPHONE \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_ QUALITE \_\_\_\_\_ TELEPHONE \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_ QUALITE \_\_\_\_\_ TELEPHONE \_\_\_\_\_

Fait à Vigneux Sur Seine le :    /    /20

(signature du responsable)