

AUTORISATION PARENTALE

Badminton Club Gapençais

2017-2018

JEUNE

Prénom NOM

DATE DE NAISSANCE SEXE M F

OBSERVATIONS
(Allergies, etc.)

RESPONSABLE LÉGAL

Prénom(s), NOM(S)

QUALITÉ (Père, Mère...)

N° de sécurité sociale : - - - - - - - / -

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

TÉLÉPHONE 1 TÉLÉPHONE 2

E-MAIL

AUTORISATION

Agissant en ma qualité de responsable légal désigné ci-dessus, j'autorise le jeune ci-dessus à pratiquer le badminton y compris en compétition avec le Badminton Club Gapençais (BCG) et à participer aux activités du BCG pour la saison 2017/2018.

- Je l'autorise à regagner son domicile par ses propres moyens*
- Je ne l'autorise pas à sortir seul de la salle d'entraînement*

En cas d'urgence, j'autorise le BCG à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) qui pourrait s'avérer nécessaires pour cet enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et des statuts du club et en accepter tous les articles.

A le

Signature :

* Rayer la mention inutile