



C.S. PROVINS ATHLETISME

Site internet : <http://csprovinsathletisme.e-monsite.com/>

SAISON

AUTORISATION DU REPRESENTANT LEGAL POUR LES MINEURS

2024-2025

Je, soussigné(e) NOM Prénom

Responsable légal de l'enfant

Autorise celui-ci (celle-ci) :

A suivre l'entraînement du CS Provins Athlétisme, OUI NON

A participer à diverses compétitions tout au long de l'année et à être, exceptionnellement, véhiculé(e) par les responsables de la section ou des parents accompagnateurs. OUI NON

A venir et/ou repartir seul(e) à / de l'entraînement et des rendez-vous en compétition OUI NON

Autorise, en cas d'urgence, les responsables, dirigeants ou entraîneurs, à prendre toutes les mesures nécessaires, et en particulier, à faire conduire mon enfant à l'hôpital. OUI NON

S'engage, avant de laisser son enfant sur le lieu d'entraînement et de rendez-vous en compétition, à s'assurer de la présence de l'entraîneur ou à défaut d'un membre du bureau du CSPA, si tel n'était pas le cas, en cas d'incident/d'accident, la responsabilité du club ne saurait être engagée OUI NON

Mon enfant a des allergies OUI NON Si oui, lesquels.....

Mon enfant a un traitement médical OUI NON Si oui, lesquels.....

Médicaments contre-indiqués

Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs / autorisation hospitalisation :

- Conformément à l'article R.232-45 du Code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je, soussigné, en ma qualité de (père, mère, représentant légal) de l'enfant autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.
- En ma qualité de (père, mère, représentant légal) de l'enfant autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité médicale

Fait à Le

Signature du responsable légal, précédée de la mention « Lu et Approuvé »