



# 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 »**