

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

Responsable légal de : Né(e) le :

Demeurant :

Autorise les responsables et les entraîneurs du Stade Lesnevien Athlétisme à prendre les dispositions médicales (y compris interventions chirurgicales et anesthésistes) nécessaires en cas de maladie ou d'accident survenant pendant les activités encadrées du club. Je m'engage à informer le club d'un éventuel traitement médical et de l'état de santé de l'enfant.

Observations (Traitement médical permanent, allergies, etc)

.....
.....

REGLEMENT INTERIEUR

J'ai lu et pris connaissance du règlement intérieur du Stade Lesnevien Athlétisme, et je m'engage à le respecter.

Fait à :

Le :

Signature du responsable légal :

Signature de l'athlète :

FACULTATIF

Dans le cadre du fonctionnement du club, d'organisation de manifestations futures ou pérennes, nous pourrions solliciter les « bonnes volontés ». Merci

De bien vouloir nous indiquer votre profession ou vos compétences particulières :