



ADB Académie Grand Lyon

71 bis avenue du point du jour

69005 LYON

AUTORISATION PARENTALE DEPLACEMENT D'ENFANT MINEUR

Je soussigné

Agissant en qualité de père / mère / tuteur légal , autorise l'association ADB Académie Grand Lyon à :

- Inscrire et faire participer mon enfant mineur,
- né le à , à la compétition suivante :

Intitulé :

Date :

Adresse :

Départ prévu le/...../..... àh..... à

A ce titre, j'autorise l'association à transporter et/ou faire transporter mon enfant par les moyens qu'elle aura choisis.

Je reconnais avoir été informé des modalités de transport, de l'heure de départ et de retour et des conditions d'hébergement (uniquement pour les compétitions éloignées).

Je reconnais avoir été informé que mon enfant sera, pendant toute la durée du déplacement, sous la responsabilité directe des accompagnateurs de l'association, de jour comme de nuit.

J'inscris ci après le ou les numéro de téléphone auxquels je suis joignable 24h/24 y compris téléphones personnels, professionnels et portables :

Jour :

Nuit :

Portables :

Je déclare accepter purement et simplement les conditions fixées par l'association

Fait à le.....

Signature des **deux** parents.



ADB Académie Grand Lyon

71 bis avenue du point du jour

69005 LYON

AUTORISATION PATRENTALE D'INTERVENTION MEDICALE

Je soussigné.....

Agissant en tant que père, mère, tuteur légal de l'enfant mineur,

né le, à, autorise les membres de l'association Académie Grand Lyon à faire intervenir le médecin de leur choix si l'état de santé de mon enfant le nécessite..

En particulier, j'autorise les membres de l'association à :

- faire hospitaliser mon enfant sur prescription médicale
- faire pratiquer tous soins et/ou intervention chirurgicale ordonnés par un médecin,
- faire transporter mon enfant dans un établissement hospitalier,
- organiser, si nécessaire, le transport et rapatriement sanitaire à mon domicile ou dans un établissement hospitalier désigné par un médecin.

En outre, dans le cas où mon enfant serait soumis à la prise quotidienne d'un traitement médical, je m'engage à remettre aux membres accompagnateurs désignés par l'association :

- 1 copie de la prescription médicale
- le traitement nécessaire à chaque prise, préparé et vérifié par moi, dans une boîte spéciale de distribution journalière que je me procure dans une pharmacie.

Je m'engage à rembourser à l'association Académie Grand Lyon les frais de toute nature qui auront pu être avancés par l'encadrement pour raison médicale.

Fait à le.....,

Signature des **deux** parents obligatoire

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT EN DEBUT DE SAISON

- Copie attestation sécurité sociale
- Copie carte mutuelle (éventuellement)
- Copie Carte Nationale d'Identité ou passeport **des deux parents**
- Copie attestation assurance scolaire/extra-scolaire de l'enfant