

# AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE OU D'HOSPITALISATION

Je soussigné ( nom, prénom ) : .....

Adresse : .....

Père, mère, tuteur, tutrice, autorise mon enfant (Nom et prénom ) : .....

A participer aux compétitions d'athlétisme de la ligue Midi-Pyrénées.

J'autorise les accompagnateurs à faire donner au cours des sorties tous soins urgents ou pratiquer toute intervention chirurgicale à mon enfant en cas de nécessité par un médecin.

L'association n'est pas responsable des athlètes en dehors des lieux et des heures d'entraînement.

A....., le.....

Signature du responsable :

Indiquer la mention : lu et approuvé. Dater et signer.

**Joindre un certificat médical portant la mention: autorise la pratique de l'athlétisme en compétition.**

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant suit-il un traitement médical : OUI NON. Si oui lequel .....

Médicaments pris.....à prendre.....

Allergies à certains médicaments :.....

Allergies alimentaires.....

### VACCINATIONS SUBIES

### MALADIES CONTRACTEES

Antivariolique

Antityphoïdique

Antitétanique

Oreillons

Varicelle

Rougeole

Antipolio

Antidiphthérique

Anticoqueluche

GROUPE SANGUIN (si connu).....

RHESUS.....

### **Autorisation parentale (pour les mineurs)**

### **Cession de droit à l'image à titre gratuit.**

Je soussigné (e) : ....., père, mère, tuteur, représentant légal (1)

De l'enfant (2) : .....

- autorise les dirigeants et responsables du Club à prendre des photos ou pourrait figurer mon enfant dans le cadre des entraînements ou des épreuves auxquelles participe le club.
- Autorise la diffusion de celles-ci, pour une durée illimitée auprès de la presse locale ou régionale écrite, télévision, site internet du club et des instances de la fédération .

**Signature du responsable :**