



AUTORISATION PARENTALE POUR LES ADHERENTS MINEURS

Je soussigné(e) M. Mme :

Parents/représentant légal de l'enfant (Nom, prénom) :

Né(e) le :

Autorise le TTMA à appliquer les premiers soins ou à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale nécessaire sur mon fils (ma fille) en cas d'accident. Je certifie également que mon enfant est à jour de ses vaccins et m'engage à signaler tout élément important relatif à sa santé tel que, allergie, contre-indication...

Observations médicales :

Nom de la personne à prévenir en cas d'accident :

N° Téléphone :

Je m'engage à récupérer mon enfant à la fin de chaque séance dans la salle de Tennis de Table: (1)

Ou

J'autorise mon enfant à partir seul après la séance d'entraînement, déchargeant ainsi le club et l'entraîneur de toutes responsabilités en cas d'accident hors de la salle de Tennis de Table (1)

Signature des parents ou des représentants légaux pour les mineurs

Date :

Signature :

(1): Cocher l'option retenue