

AUTORISATION PARENTALE - Saison sportive 2024-2025

Je soussigné, Mme, Mlle, M ⁽¹⁾

Nom : _____ Prénom : _____

Agissant en qualité de père, mère, tuteur ⁽¹⁾ autorise l'enfant,

Nom : _____ Prénom : _____

JSP à la section de ⁽¹⁾ : _____ **ou** SPV mineur du centre de ⁽¹⁾ : _____

Date de naissance	
Lieu de naissance	
Adresse actuelle complète (y compris CP et ville)	
Téléphone fixe du responsable légal	
Téléphone portable du responsable légal	
Courriel du responsable légal	

à être hospitalisé et le cas échéant à subir une intervention chirurgicale ainsi qu'une anesthésie si cela s'avère nécessaire lors des déplacements et des manifestations sportives organisées par l'union départementale et/ou le SDIS 28, manifestations ou activités de l'association de JSP dont il est adhérent ou du centre auquel il appartient, manifestations sportives hors département.

Sont notamment concernées les manifestations suivantes :

Manifestations/activités	Dates	Lieux
Cross départemental n°1	06/10/2024	Authon-du-Perche
Cross départemental n°2	17/11/2024	Nogent-Le-Roi
Cross départemental n°3	15/12/2024	Bonneval
Cross régional	01/02/2025	Château des Vaux (28)
Cross national	22/03/2025	Besançon (25)
Finale départementale PSSP et EA	26/04/2025	Nogent-Le-Rotrou
Finale régionale PSSP et EA	A définir	A définir
Finale nationale PSSP et EA	A définir	A définir
Rassemblement technique départemental	A définir	A définir

J'autorise également le responsable de délégation ou son représentant à le prendre en charge, le cas échéant, à la fin de l'hospitalisation et à signer tout les documents y afférent.

J'atteste qu'il ne présente aucune allergie notamment alimentaire, au chlore ou autres ⁽²⁾.

Fait le : _____ à : _____

Signature du responsable légal :

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile

⁽²⁾ En cas d'allergie veuillez indiquer les restrictions médicales :

.....
.....
.....
.....