



# Autorisation parentale pour le déplacements des mineurs et prise en charge des soins 2025-2026

À l'occasion des déplacements du Tennis de Table Cloysien dans le cadre des compétitions

Je soussigné(e)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone des parents :

Parent 1 : \_\_\_\_\_

Parent 2 (optionnel) : \_\_\_\_\_

Parent/tuteur légal de : \_\_\_\_\_

## **Autorisation pour le transport :**

- ☐ Autorise l'association à organiser le transport de mon enfant dans le cadre des compétitions.
- ☐ N'autorise pas l'association à organiser le transport de mon enfant dans le cadre des compétitions.

## **Autorisation pour la prise en charge des soins :**

- ☐ Autorise la pratique des premiers secours par un éducateur, un membre de l'association ou toute autre personne présente au moment des faits, dans l'attente des secours (pompiers, médecin, etc.).
- ☐ N'autorise pas la pratique des premiers secours.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ en deux exemplaires.

Signature du représentant légal, précédée de la mention « *Lu et approuvé* »