**AUTORISATION PARENTALE**

**Je soussigné (e)** ………………………………………………………………………………………………………….. **Père, Mère, Tuteur** *(1)*

**N° de sécurité sociale :** …………………………………………………………… **Mutuelle :** ……………………………………………………………..

**Autorise ma fille - mon fils** (Nom – Prénom)**:** ………………………………………………………………………………………………..

**Né (e) le :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Scolarisé (e) à** (Etablissement)**:** ………………………………………………………………………………………………………………………

1. **A participer au Championnat départemental – régional – national** *(1)*

**De** (discipline)**:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Le(s)** (dates)**:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Organisé par l’UGSEL à** (lieu)**:** …………………………………………………………………………………………………………………….

1. **A se déplacer avec la personne responsable** (Nom - prénom)**:** ………………………………………………………………….

**Départ prévu le** (date)**:** ………………………………………….. **à** (lieu)**:** ……………………………………………………………………

**Retour le** (date)**:** ……………………………………………………….**à** (lieu)**:** …………………………………………………………………..

**Autorise en mon nom M**…………………………………………………………………**, les Responsables de l’organisation et le médecin consulté à prendre toutes décisions en cas de maladie ou d’accident nécessitant une intervention, y compris chirurgicale, avec pratique (si nécessaire) de l’anesthésie générale .**

**Autorise la sortie de mon enfant de l’établissement hospitalier sur autorisation médicale**.

**Coordonnées des parents ou de la personne à prévenir :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Tél. personnel :** ………………………………………………………….**Horaires :** ………………………………………………………………

**Tél. professionnel** : …………………………………………………… **Horaires :** ……………………………………………………………..

**OBSERVATIONS** (Notamment contre-indications médicales éventuelles)

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature,

1. *Rayer la ou les mentions inexactes*