



COQUELICOTS MONTECHOIS FOOTBALL CLUB

Club affilié à la Fédération Française de Football sous le n° 517563

Siège social : Stade Municipal de Cadars – 82700 MONTECH

AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE

Je soussigné (nom et prénom du représentant légal) _____ autorise mon fils / ma fille _____ à pratiquer le football au sein du club des Coquelicots Montéchois pour la saison 2018-2019. Les enfants sont sous la responsabilité du club aux horaires indiqués selon la catégorie de pratique. Néanmoins, avant de laisser mon enfant au stade, je dois m'assurer de la présence d'un éducateur afin de transmettre le relais et prendre les informations utiles au fonctionnement de l'équipe et du club.

Noter « lu et approuvé », dater puis signer :

AUTORISATION DE TRANSPORT

J'autorise les dirigeants du club à transporter ou faire transporter mon enfant afin de se rendre aux entraînements, aux matches, aux tournois et autres manifestations extra-sportives organisés par le club.
Le club décline toute responsabilité au cas où l'enfant se déplace par ses propres moyens (aller/retour).

Noter « lu et approuvé », dater et signer :

AUTORISATION D'INTERVENTION D'ACCES AUX SOINS

NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____ N° TEL : _____

N° DE SECURITE SOCIALE : _____

CAISSE COMPLEMENTAIRE : _____

EN CAS D'HOSPITALISATION D'URGENCE, PREFERENCE : (rayer la mention inutile) : HOPITAL - CLINIQUE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

- Allergies : _____
- Asthme : _____
- Traitement de fond : _____
- Vaccin antitétanique à jour (rayer la mention inutile): OUI - NON

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

NOM/PRENOM : _____ N° TEL : _____

En cas d'accident, j'autorise les responsables du club, dirigeants ou éducateurs, à procéder à l'admission de mon enfant dans un établissement de santé s'il présente, pendant la pratique du football, un traumatisme nécessitant une prise en charge hospitalière.

J'autorise également les praticiens de l'établissement de santé à pratiquer tous les examens complémentaires et le cas échéant toute intervention chirurgicale et anesthésie générale si l'état clinique de mon enfant le nécessite.

Noter « lu et approuvé », dater et signer

AUTORISATION PARENTALE / DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), Mr/Mme _____ représentant légal de l'enfant mineur, autorise le club à diffuser son image, sur ses supports de communication (site internet, calendrier sportif, articles de presse...).

Noter « lu et approuvé », dater et signer :

Responsable de l'Ecole de Foot : **Kévin THIERRY** Tél. : 06 67 94 34 87 Courriel : kevin.thierry@gmail.com