

UNION PERPIGNAN ATHLE 66

Licence n°

Référence de l'athlète

NOM(en lettres majuscules) Prénom

Date de naissance :.....

Sexe : Féminin Masculin

Catégorie :.....

AUTORISATION PARENTALE

Dans tous les cas les parents seront contactés par téléphone

Je soussigné(e)..... autorise ma fille, mon fils :
à pratiquer l'athlétisme au sein de l'Union Perpignan Athlé 66 et autorise les responsables du club
(dirigeants, entraîneurs) à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical,
intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

J'ai fait remplir le certificat médical par un médecin*

J'atteste avoir répondu au questionnaire de santé*

* rayer la mention inutile

En cas de contre-indication médicale ou allergies, merci de les indiquer ci-dessous :

Observations :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à
le.....
N° de téléphones en cas d'urgence :
.....
.....
.....
.....