

***Vacan'Sports***  
**hauts-de-seine**

***Vacan'Sports***  
**hauts-de-seine**

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .....

Mère, père, tuteur, représentant légal (rayer la mention inutile)

Autorise  Mon fils  Ma fille  Autre : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : / /

À pratiquer les activités en accès libre, dans le cadre du dispositif « Vacan'Sports » organisé par le Conseil départemental des Hauts-de-Seine du 10 juillet au 04 août 2017 (joindre un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive).

Je déclare, sincères et exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise les éducateurs référents si la situation l'exige, à se substituer à moi si une maladie ou un accident survenait à mon enfant pour faire appel à un médecin et à le faire admettre dans un hôpital ou une clinique.

Dans le cas où il me serait impossible d'être présent(e) en temps utile, j'autorise le médecin ou le chirurgien à pratiquer toute intervention jugée indispensable, même sous anesthésie générale.

J'accepte en outre que mon enfant soit transporté dans l'établissement, hôpital ou clinique, le plus proche.

Nom, adresse et numéro de téléphone de la personne autre à prévenir en cas d'incident :

.....

Fait à ..... Le .....

Signature

## CERTIFICAT MEDICAL