



# US CAGNES ATHLETISME

## AUTORISATION PARENTALE 2010-2011

### OU DE LA PERSONNE LEGALEMENT RESPONSABLE DE L'ENFANT

N° de licence :

Nouvelle adhésion :

Renouvellement :

Je soussigné(e).....  
Agissant en qualité de représentant de l'enfant mineur

Montant de la cotisation :

€

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance :

Catégorie\* : BABY (80 €) EA (100 €) POUS (100 €) BENJ (110 €) MIN (110 €) CAD (130 €)

EA et PO : la tenue vous sera prêtée lors des compétitions et sera rendue par l'enfant le jour même. Pas de tenue pour les Baby.

Montant de la tenue obligatoire : 25 € établir un chèque séparé

Tenue réglée le / / par Chèque N°

Tenue remise le :

Chèque à établir à l'ordre de l'US Cagnes Athlétisme

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS :

Adresse des parents : .....

N° Tél : Domicile : ..... N° Tél : Travail : .....

N° Tél : Portable (père) : ..... N° Tél : Portable (mère) .....

Adresse mail obligatoire :

Personne responsable ou à prévenir en cas d'urgence : .....

Adresse : .....

Lien de parenté avec l'enfant : ..... N° Tél : .....

J'accepte que mon fils, ma fille.....soit hospitalisé(e) en cas d'urgence et autorise le responsable à prendre les dispositions nécessaires.

J'autorise également le chirurgien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement d'un diagnostic, toutes interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie - réanimation que nécessiterait l'état de santé de mon fils, ma fille.

**J'autorise\*** - **Je n'autorise pas\***

le Club US Cagnes Athlétisme à prendre et à diffuser les photos de mon enfant sur le journal du club, Nice Matin et sur le site Internet de l'US Athlétisme, prises lors d'une compétition ou au sein du stade.

**Certificat médical :** (Article L3622 et suivants du Code de la Santé Publique modifié par la loi 2006-45). Pour les licences loisir et Compétition, le soussigné certifie avoir produit un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de **l'athlétisme en compétition** datant **de moins de trois mois**.

Date du certificat médical : / /

Médecin traitant :

N° de téléphone : .....

Mode de règlement : Ch. N° ..... Banque.....

Pièces à joindre au dossier :

Cagnes-sur-Mer, le.....

- 1 photo (1ère demande unique-ment)
- 1 Certificat médical
- 1 enveloppe timbrée et libellée

SIGNATURE  
PRECEDEE DE LA MENTION « LU ET APPROUVE »