|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***AUTORISATION PARENTALE***  *à* remplir par les deux parents |  |

Nous soussignés,

(Nom Prénom), **du** **père**, représentant légal / tuteur (rayer les mentions inutiles)

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

demeurant à  ...(Adresse) …............................................................................................................

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

(Nom Prénom), **de la mère**, représentant légal / tuteur (rayer les mentions inutiles)

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

demeurant à  ...(Adresse) …............................................................................................................

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

autorisons l'enfant ……………………………... né(e) le ........./........./......... à..........................................

À pratiquer le Tir sportif de loisir et de compétition au sein du club de la section Tir de l’A.L.N.M. de Neuves Maisons affilié à la Fédération Française de Tir.

Nous autorisons aussi, le cas échéant, l'organisateur à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence dans la mesure où les circonstances obligeraient à un recours hospitalier ou clinique.

Numéro de sécurité sociale de l'enfant :..................................................................................................................

Numéro de téléphone où joindre le responsable légal :...................................................................................

Nom du Médecin à prévenir et établissement de soins choisi: hôpital/clinique ( rayer la mention )

celui-ci sera respecté dans la mesure de son existence à proximité du site et de sa compatibilité avec l’état de l’enfant.

Le Docteur : ….............................................................. Téléphone :.......................................................

Nous autorisons / Nous n'autorisons pas ( rayer la mention ) l' enfant à effectuer les déplacements concernant les matchs en dehors du lieu de l'Association, en voiture particulière ou en transport en commun.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
  
Signature **du** **père**, représentant légal / tuteur (rayer les mentions inutiles)

Signature **de la mère**, représentant légal / tuteur (rayer les mentions inutiles)