

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

Nom Prénom :
Né(e) le à :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél : Portable :
Email :

Agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Tutrice de l'enfant :

Nom Prénom :
Né(e) le à :
Adresse :
Code Postal : Ville :

Autorise l'enfant précité à participer aux activités de l'association Roller Lattes Montpellier

- ⇒ Je certifie sur l'honneur que mon fils/fille est apte à la pratique du roller et ne présente aucune contre-indication médicale pour y participer (certificat médical remis lors de l'inscription)
- ⇒ Mon enfant s'engage à porter toutes les protections requises pour pratiquer ces activités.
- ⇒ Je décharge l'association Roller Lattes Montpellier et ses dirigeants de toute responsabilité en cas d'accident et certifie sur l'honneur n'engager aucune poursuite contre l'association et/ou ses dirigeants.
- ⇒ J'autorise les responsables de l'association Roller Lattes Montpellier à prendre toute mesure d'urgence, en cas d'accident et sur avis médical, y compris l'hospitalisation éventuelle

OBLIGATOIRE : contact de l'autre parent qui n'a pas déjà été renseigné (père ou mère):

- ⇒ NOM Prénom :
- ⇒ Mail :
- ⇒ Téléphone :

Personne à prévenir en cas d'accident :

- ⇒ NOM :
- ⇒ Téléphone :

Date et signature :