



**STAGE REGIONAL ARBITRES**  
**Autorisation parentale sur mineur**

M. et Mme : ..... parent(s) du jeune : .....(nom)

Nom : ..... Prénom : .....

L'autorise à participer au stage de détection régionale qui se déroulera du 18/02/17 au 19/02/17 à DIJON (convocation en annexe).

Signature des parents

Signature du stagiaire

## Médical

Devant les nouvelles normalisations en matière médicale et surtout en cas d'accident survenu au cours du stage, nous vous demandons de bien vouloir remplir l'imprimé ci dessous :

M. et Mme : ..... parent(s) du jeune :  
(nom)

Nom : ..... Prénom : .....

- autorise le transport de mon enfant à l'hôpital : OUI  NON
- donne l'autorisation de pratiquer une anesthésie si cela est nécessaire : OUI  NON
- Indiquer votre numéro de téléphone en cas d'urgence ...../...../...../...../.....

**-Préciser par écrit toute allergie, antécédent ou contre-indication médicale concernant votre enfant :**

Fait à ..... le : ...../...../.....

Signature des parents

Signature du stagiaire

R. LEFFET  
Responsable Arbitrage

B. BUSTON  
Responsable Formation  
07.60.40.27.18