



# ZONE SUD-EST DE BASKET BALL

Délégué territorial : Jean-Pierre BRUYERE  
Tél : 06 77 73 69 61 - Courriel : [jpbruyere@gmail.com](mailto:jpbruyere@gmail.com)

SELECTION DE ZONE U14

SAISON 2016/2017

## AUTORISATION PARENTALE

### A donner impérativement le 1<sup>er</sup> jour de stage

Je soussigné, \_\_\_\_\_

Responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_ (préciser : père – mère – tuteur) (1)

- Autorise (1) ou n'autorise pas (1) mon enfant à participer au stage, déplacement et tournoi de la sélection pour laquelle il a été convoqué.
- Autorise(1) ou n'autorise pas(1) le responsable ou le médecin de la sélection à donner, en mon nom, lieu et place toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire au d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou maladie aiguë.
- Je certifie que l'enfant est assuré pour la responsabilité civile y compris dans le cas de la pratique du basket-ball.

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Fait le :

Signature

(1) – rayer la mention inutile

Le cas échéant, signalez nous au verso du document les allergies éventuelles de votre enfant.

Veillez fournir une photocopie recto verso de l'attestation de Sécurité Sociale et de Mutuelle sur laquelle figure votre enfant.