**AUTORISATION PARENTALE Saison 2024-2025**



**Benjamins** **(2012/2013),** **Minimes** **(2010/2011)**,

 **Cadets (2008/2009)**, **Juniors** mineurs **(2007)**

 USSP ATHLETISME Stade Camélinat

4 rue Danielle Casanova / 37700 Saint Pierre des Corps

Tél : 02 47 63 20 90 / ussp.athletisme@wanadoo.fr

 **NOM** (de l’athlète) : ………………………………………………… **Prénom** : …………………………………………

 **Né(e) le** ……… /……… / 20……

**Informations concernant les parents**

Nom et Prénom du père : …………………………………………………...………Téléphone : …… /…… /…… /…… /……

Adresse postale : ……………………………………………………………………………………………………………………….………

Nom et Prénom de la mère : ………………………………………………………… Téléphone : …… /…… /…… /……/……

Adresse postale (si différente) : …………………………………………………………………………………………………..………

Les entraînements auront lieu

le mardi **et** le jeudi de 18h30 à 20h00

**(les horaires sont susceptibles d’être modifiés, à confirmer en début d’année par les entraîneurs)**

J’autorise mon enfant à se rendre seul au stade et à revenir seul des entraînements :

**Oui Non**

**Autorisation de transport**

J’autorise le déplacement de mon enfant dans le cadre des activités de l’USSP ATHLETISME (compétitions, entraînements et sorties récréatives).

Ces déplacements pourront être organisés :

* en car (avec d’autres athlètes d’autres clubs) ;
* avec le mini-bus du club : ***la charte d’utilisation*** du mini-bus est consultable sur le site du club [**www.ussp-athletisme.com**](http://www.ussp-athletisme.com/);
* dans la voiture personnelle d’un entraîneur, d’un membre de l’USSP ATHLETISME ou d’un parent.

**Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs**

Conformément à l’article R232-45 du code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je soussigné-e, …………………………………………………………………………………………, en ma qualité de ……………………………… (père, mère, représentant-e légal-e) de l’enfant ……………………………………………………………………………………, autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.

**Autorisation médicale :**

 J’autorise, en cas d’urgence et d’impossibilité de me joindre, les responsables et/ou entraîneurs de l’USSP ATHLETISME à faire pratiquer sur mon enfant tout examen et/ou intervention prescrit par un médecin et à faire sortir mon enfant de l’hôpital, sur avis médical.

**Personnes à prévenir en cas d’urgence :**

Nom – Prénom : …………………………………………………………………  …… /…… /…… /…… /……

Nom – Prénom : …………………………………………………………………  …… /…… /…… /…… /……

**Si préférence :**

Médecin : ………………………………………………………………………...  …… /…… /…… /…… /……

Hôpital : ………………………………………………………………….……….  …… /…… /…… /…… /……

**Autres informations médicales :** (maladie, allergie, etc.)

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fait à Saint-Pierre-des-Corps, le ………………… /…………………../ 2024

**Signature précédée de « lu et approuvé »**