|  |
| --- |
| AUTORISATION PARENTALE  **A COMPLETER POUR LES ENFANTS MINEURS. A REMETTRE AU RESPONSABLE DU STAGE** |

Stage Perfectionnement du Comité Départemental du Pas-de-Calais de Tennis de Table

**Les 02 et 03 JANVIER 2025.**

Je soussigné(e) : Représentant Légal**\***

De :

**N° de LICENCE IMPERATIF :**

Autorise l'encadrement à prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par son état de santé (visite médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale d’urgence,) selon les prescriptions médicales.

L'enfant suit-il un traitement actuellement ? : OUI - NON \*

Si OUI, lequel ? :

***\**** *Barrer la ou les mentions inutiles*

Coordonnées de la personne à prévenir en cas de problème :

**🕿 :**

**🖁 :**

**IMPORTANT** : L’autorisation parentale sur papier, complétée datée et signée sera remise, par le Stagiaire dès son arrivée, au responsable du stage :

**ATTENTION sans cette autorisation le (la) joueur (se) ne sera pas autorisé (e) à participer au stage.**

Fait à : Le :

Signature du représentant légal

*Précédé de la mention : « Lu et approuvé »*

Nom et Prénom du représentant légal