**AUTORISATION PARENTALE**

**SAISON 2024-2025**

Pour toutes les compétitions, entraînements, déplacements et stages préétablis au calendrier du club ou ayant fait l’objet d’une convocation particulière,j e soussigné(e), 

 agissant en qualité de représentant légal de l’enfant mineur

(nom et prénom)

né(e) le

N° Sécurité Sociale : autorise :

* L’établissement hospitalier dans lequel mon enfant aura été transporté, à pratiquer ou à faire pratiquer tous les examens nécessaires à l’établissement du diagnostic, voir le cas échéant dans un autre centre hospitalier.
* Le chirurgien à pratiquer tous les cas liés à l’intervention chirurgicale.
* L’anesthésiste réanimateur à pratiquer tous les actes détachables du processus opératoire.
* Le responsable de Chantilly Triathlon, à sortir mon enfant de l’établissement hospitalier après réalisation des soins et avec l’accord du médecin.
* Le transport de mon enfant par véhicule collectif, par voiture particulière d’une personne de l’encadrement ou d’un parent.
* L’utilisation de mes images sportives (photos, vidéos…) par le club.

Fait à Le :

**Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite : « Lu et Approuvé »**

Autres renseignements :

Date de la dernière piqûre antitétanique :

Nom du médecin traitant : Téléphone : 

Personne à contacter si besoin : Lien de parenté :

Portable : Téléphone travail 

**DOCUMENT À JOINDRE AU DOSSIER DE LICENCE FFTRI**