



Autorisation Parentale

Je soussigné(e) : NOMPRENOM

Etant joignable par téléphone (Portable) au : / / / / ou : / / / /

Déclare avoir plein exercice de l'autorité parentale et autorise :

NOM PRENOM

Né(e) le/...../ à

Adresse :

Code Postal : Ville :

Adresse Mail :

- A participer à l'entraînement du et aux autres séances organisées par le Basket Union Haut Lyonnais jusqu'au 30 juin 2021.
- A rentrer seul à son domicile à la fin de ses entrainements : OUI / NON (Rayer la mention inutile)
 - o Si non, merci de bien vouloir prévenir l'éducateur si votre enfant est prise en charge par une autre personne que vous-même en spécifiant la qualité de cette personne (Oncle, grand Frère....)
- En outre, j'accepte – Je n'accepte pas, que le BUHL utilise l'image de mon enfant, qui serait présent sur photos ou vidéos produites par le club pour la promotion du Basket.
- Autorise en cas d'accident, le BUHL à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par les sapeurs-pompiers et SAMU
 - A contacter en cas d'urgence, si je ne suis pas joignable, sur les numéros de téléphones indiqués précédemment, à contacter :
 - o NOM..... PRENOM Tél : / / / /

J'ai pris connaissance, qu'étant donné que mon enfant n'est pas licencié au BUHL, le club n'assure pas les accidents dus à la pratique du basket.

Fait à : le : / /

Signature : précédée de la mention « Lu et Approuvé »