

# AUTORISATION PARENTALE 2024-2025

NOM Prénom enfant : .....

NOM du Club : .....

NOM Prénom du représentant légal : .....

ADRESSE :

.....  
.....

N° portable en cas d'urgence : .....

Mail : .....

- Autorise mon enfant à participer aux compétitions de la sélection du CDHB 34.
- Autorise mon enfant à participer aux entraînements de la sélection du CDHB 34.
- Autorise le responsable de la sélection à prendre sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant, toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale, y compris éventuellement l'hospitalisation et sa sortie du lieu d'hospitalisation.
- M'engage à reverser au Comité de l'Hérault de handball, le montant des dépenses engagées pour la prise en charge médicale de l'enfant.
- Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant pour les besoins du Comité.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées pendant la journée.
- Autorise mon enfant à voyager en bus pour rejoindre le lieu de regroupements, de stages et de compétitions, ainsi que le retour suivant les instructions données.
- Autorise la prise de mesure de mon enfant (taille / poids / l'empan...).

Fais-le : ..... À : .....

« Lu et approuvé »

Signature du responsable légal :