

**FORMATION ARBITRE
AUTORISATION PARENTALE
(Pour les Mineurs)**

Je soussigné(e) M. ou Mme :

Parent, ou représentant légal, demeurant à :

N° de tél. :

AUTORISE l'enfant Né le :

A participer au Stage pour candidats à l'arbitrage

Du

Au

J'AUTORISE le médecin-responsable à pratiquer ou à faire pratiquer toute intervention qui s'avérerait indispensable ou à donner les soins nécessaires en cas d'urgence.

Je CERTIFIE que mon enfant a fait l'objet d'une vaccination antitétanique (le dernier rappel datant de moins de cinq ans), qu'il ne présente aucune allergie ou problème médical, et qu'il n'est pas soumis à un régime nutritionnel particulier.

Si OUI, préciser :

.....
.....

N° de Sécurité Sociale des Parents :

CET IMPRIME EST OBLIGATOIRE pour permettre la participation à ce stage. Il doit être remis au responsable dès l'arrivée au point de rendez-vous.

CLUB :

Fait à : le :

Signature du (des) Parent(s) ou du représentant légal :