

## Autorisation parentale annuelle

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
(nom et prénom du représentant légal)

• **Autorise mon fils ou ma fille** \_\_\_\_\_  
(nom et prénom de l'enfant)

à pratiquer le MMA au sein du club \_\_\_\_\_ lors de la saison 2024 - 2025.

Il ou elle sera sous la responsabilité de \_\_\_\_\_  
(nom et prénom du responsable)

• **Autorise le responsable de l'encadrement** à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.  
(en cas de refus rayer la mention)

A défaut, il ou elle sera pris(e) en charge par les services d'urgence.

- **Reconnait avoir été informé(e)** que la prise en charge de mon enfant par « l'encadrement » ne se fera qu'à partir du lieu d'entraînement et à partir du lieu de rendez-vous fixé dans la convocation pour tout déplacement prévu dans le cadre du club.
- **Certifie que mon fils ou ma fille est à jour de tous ses vaccins (Tétanos, ...)**
- **Certifie avoir produit le certificat médical de non contre-indication à la pratique compétitive du MMA datant de moins d'un an.**

### EN CAS D'URGENCE

Personne à prévenir 1 :

Nom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Tel dom/prof/mob : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir 2 :

Nom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Tel dom/prof/mob : \_\_\_\_\_

---

**RENSEIGNEMENTS UTILES**

N° de sécurité sociale :

Nom de l'assuré :

Mutuelle :

Allergies connues :

**Fait à**

**, le**

**Signature**