



NOM :

PRENOM :

NE LE :

NUMEROS D'URGENCES

En cas d'accident, le Judo Olympique Saleilles s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

TEL DOMICILE :

TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

NOM ET TEL D'UN PROCHE :

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame :

Autorisons l'anesthésie de notre fille/fils : au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Allergies alimentaires :

Allergies Médicamenteuses :

Je soussigné(e).....représentant légal de l'enfant

*autorise les dirigeants et les professeurs du Judo Olympique Saleilles à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident sur le tatami notamment l'envoi sur la clinique Médipole ou l'Hôpital si nécessaire.

*autorise les dirigeants et les professeurs licenciés du Judo Olympique Saleilles à transporter dans leur véhicule personnel mon enfant lors des déplacements sportifs et stages.

*autorise les dirigeants du club du **droit à l'image**, à l'occasion de compétition, stage ou du même dojo, à faire des photos ou des vidéos qui pourraient être retransmises sur les journaux ou site internet du club.

*renonce à toutes poursuites judiciaires en cas d'accident ne relevant pas d'une faute caractérisée.

*avoir pris connaissance des faits énoncés ci-dessus

A.....

le...../...../.....

Signature des parents

(Avec la mention manuscrite « **lu et approuvé. Bon pour pouvoir** »).