



Ligue Basket de Basse-Normandie  
55 avenue de la Côte de Nacre  
BP 5217  
14075 CAEN Cedex 5

: 02 31 46 91 01 - Fax : 02 31 46 91 09 - Mail : basket.lrbn.@wanadoo.fr

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e), Mme ou Mr .....

Responsable (s) de l'enfant : Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : M  F  Date et lieu de naissance : .....

- 1) autorise mon enfant à participer au stage arbitres qui se déroulera le samedi 25 septembre 2010 à Houlgate (CSN).
- 2) autorise les organisateurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.
- 3) m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par l'organisateur.
- 4) certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.

(en cas de non autorisation veuillez rayer le paragraphe ci-dessus)

A ....., le .....2010

(Signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

### **1 – PERSONNE A CONTACTER PENDANT CETTE PERIODE :**

Nom : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone Domicile : ..... Portable : ..... Bureau : .....

### **2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

Groupe sanguin : .....

L'enfant a-t-il ses vaccinations à jour ? OUI  NON

L'enfant est-il hémophile ? OUI  NON

L'enfant est-il sujet à des maladies particulières (ou allergies) ? OUI  NON

Si oui, lesquelles : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Si oui, lequel : .....

L'enfant a-t-il été victime d'un accident ou d'une maladie récemment ? OUI  NON

Si oui, lequel : .....

N° de sécurité Sociale : .....

### **3 – CONTRE INDICATIONS MEDICALES :**

.....  
.....

### **4 – REGIME ALIMENTAIRE :**

.....