



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) \*  M.  Mme  Mlle : \_\_\_\_\_

(précisez nom, prénom), demeurant :

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Et agissant en qualité de \*  Père  Mère  Tuteur légal

Autorise ( NOM, prénom de l'enfant ) : \_\_\_\_\_

Et demeurant à la même adresse.

### Si adresse différente :

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

à participer à l'activité d'Airsoft organisée par l'association :

\_\_\_\_\_

Dans le respect des réglementations légales et fédérales concernant les mineurs, notamment la limitation d'une énergie maximale de 0,08 joules pour les répliques utilisées. Il est néanmoins rappelé qu'une autorisation parentale ne décharge aucunement des obligations et responsabilités de chacun. Les parents restent responsables de leurs enfants d'une part et l'organisateur est tenu à l'obligation générale de sécurité, de prudence et de diligence d'autre part.

### \* Cochez la case concernée

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci dessous et certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant.

Lieu, Date

Signature

## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné(e) \*  M.  Mme  Mlle \_\_\_\_\_

en cas d'accident de ( **NOM, prénom de l'enfant** ) :

---

Autorise par la présente :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- Le responsable de l'association, du Comité ou de la Fédération :
- À prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
- À reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

\* **Cochez la case concernée**

Lieu, Date :

Signature :



# PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT

En cas d'accident de ( **NOM, prénom de l'enfant** ) : \_\_\_\_\_

Coordonnées des personnes à joindre :

Personnes 1 :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone (portable et fixe si possible) :

\_\_\_\_\_

Personnes 2 :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone (portable et fixe si possible) :

\_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_