

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mr/Mme ..... autorise mon fils / ma fille  
..... Âge : ..... à participer aux six activités  
de l'école municipale des sports.

J'autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre de l'EMS.

Adresse de la famille : .....  
.....

N° de téléphone : .....

Fait à ..... le .....

Possédez-vous une assurance de type responsabilité civile ? oui  non   
(Si ce n'est pas le cas, conformément à l'article L.227-5 du code de l'action sociale et des  
familles, nous vous conseillons de souscrire un contrat.). **Joindre attestation Responsabilité  
Civile.**

Signature :

---

### AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je, soussigné(e), ..... responsable légal de .....

Né(e) le .../.../..... autorise les membres de l'équipe des urgences pédiatrique à réaliser  
les soins nécessaires à l'état de santé de mon enfant.

J'autorise Mademoiselle/Madame/Monsieur ..... à rester auprès de mon enfant  
..... durant les soins et à le prendre en charge lors de sa sortie des urgences  
pédiatriques si je ne suis pas disponible.

A St Pol de Léon, le .....

Signature :

Indiquez si votre enfant est sujet à des allergies connues y compris alimentaires :  
.....

N° de téléphone du responsable de l'enfant : .....



**Ville de Saint Pol de Léon**

**École Municipale des Sports 2023 / 2024**

(Gymnastique, Basket, Tennis, Handball, Cross Québécoise et Athlétisme)

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e) Docteur ..... certifie, après examen  
médical, que l'enfant ....., âgé(e) de .....  
ne présente à ce jour aucune contre-indication à la pratique sportive.

Fait à ..... le .....

Signature :