

### 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 :