

N° d'adhésion à la F.F.A (Fédération Française d'Athlétisme) : 056088
Le siège : Stade de Kercado – 28 rue Winston Churchill – 56 000 Vannes

Pour les athlètes mineurs, concernant d'une part les activités du club, et d'autre part les déplacements.

Je soussigné(e) Nom :Prénom :
Agissant en qualité de Mère, Père, tuteur, tutrice :de l'enfant
Nom :Prénom :N° de licence :
Date de naissance :
N° de sécurité sociale :Mutuelle : Nom et N°

- 1) **Activités à Vannes** : Autorise les responsables du club « Vannes Athlétisme » à prendre toutes les mesures nécessaires et urgentes en cas d'accident ou de toute autre situation de même nature dont serait victime ma fille, mon fils (rayer les mentions inexacte) pendant les activités du club (entraînements, stages ou compétitions), notamment son transfert dans un établissement hospitalier, de préférence :

..... (Nom de l'établissement hospitalier)
Pour tous les actes médicaux appropriés. OUI NON

- 2) **Autorise** : la sortie de mon enfant de l'établissement hospitalier, sur autorisation médicale et accompagné d'un responsable du club, en cas d'absence du responsable légal de l'enfant.
OUI NON

- 3) **Autorise** : les responsables du club (titulaires de la licence F.F.A) et le médecin consulté à prendre en mon nom toutes décisions en cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention, y compris chirurgicale, avec pratique (si nécessaire) de l'anesthésie générale. OUI NON

- 4) **Déplacements** : Autorise ma fille, mon fils (rayer la mention inexacte) à se déplacer (covoiturage, minibus) avec les responsables (titulaire d'une licence du club) club « Vannes Athlétisme » ou « A.P.Vannes » pour participer à toutes compétitions ou stages que le club organise ou auxquels il participe. OUI NON

- 5) **Fin activités (entraînements, retour compétitions)** : Autorise ma fille – mon fils à se rendre seul à son domicile. OUI NON

Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs/autorisation hospitalisation. Conformément à l'article R232-45 du code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage

- 1) Je soussigné..... en ma qualité de (mère, père, représentant légal) de l'enfant. Autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.

- 2) Ma qualité de (mère, père, représentant légal) de l'enfant autorise l'hospitalisation en cas de nécessité médicale.

Personnes à contacter en cas d'urgence :

	Représentant(e) légal(e) 1	Représentant(e) légal(e) 2	Représentant(e) légal(e) 3
Nom Prénom			
N° tel			
Mail			

OBSERVATIONS (notamment contre-indications médicales éventuelles, allergie(s))

Nota : Coupon à joindre à la demande d'adhésion

Fait à Le.....

Signature précédée de la mention : Lu et approuvé

