

Enfant 1

AUTORISATION PARENTALE - DECHARGE

Je soussigné(e), représentant légal de, né(e) le à

1) autorise - n'autorise pas (1) en cas d'accident, les responsables de l'association Club Nautique du Canton de Loulay à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale selon les prescriptions du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par le médecin des sapeurs pompiers ou du SAMU.

2) autorise - n'autorise pas (1) le transport sur les lieux des rencontres ou des activités proposées par le club, par des personnes véhiculées étant en règle avec les lois du Code de la Route, et décline toute responsabilité vis-à-vis du club et de ses éducateurs en cas d'accident.

(1) Rayer la mention inutile

Signature du représentant(s) légal(s)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur certifie avoir examiné

Nom : Prénom :, né(e) le/...../..... et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique sportive (Natation, Sports Nautiques, Compétition).

Fait à le/...../.....

Cachet et signature du médecin

Enfant 2

AUTORISATION PARENTALE - DECHARGE

Je soussigné(e), représentant légal de, né(e) le à

1) autorise - n'autorise pas (1) en cas d'accident, les responsables de l'association Club Nautique du Canton de Loulay à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale selon les prescriptions du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par le médecin des sapeurs pompiers ou du SAMU.

2) autorise - n'autorise pas (1) le transport sur les lieux des rencontres ou des activités proposées par le club, par des personnes véhiculées étant en règle avec les lois du Code de la Route, et décline toute responsabilité vis-à-vis du club et de ses éducateurs en cas d'accident.

(1) Rayer la mention inutile

Signature du représentant(s) légal(s)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur certifie avoir examiné

Nom : Prénom :, né(e) le/...../..... et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe contre indiquant la pratique sportive (Natation, Sports Nautiques, Compétition).

Fait à le/...../.....

Cachet et signature du médecin

Enfant 3

AUTORISATION PARENTALE - DECHARGE

Je soussigné(e), représentant légal de, né(e) le à

1) autorise - n'autorise pas (1) en cas d'accident, les responsables de l'association Club Nautique du Canton de Loulay à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale selon les prescriptions du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par le médecin des sapeurs pompiers ou du SAMU.

2) autorise - n'autorise pas (1) le transport sur les lieux des rencontres ou des activités proposées par le club, par des personnes véhiculées étant en règle avec les lois du Code de la Route, et décline toute responsabilité vis-à-vis du club et de ses éducateurs en cas d'accident.

(1) Rayer la mention inutile

Signature du représentant(s) légal(s)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur certifie avoir examiné

Nom : Prénom :, né(e) le/...../..... et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe contre indiquant la pratique sportive (Natation, Sports Nautiques, Compétition).

Fait à le/...../.....

Cachet et signature du médecin

Enfant 4

AUTORISATION PARENTALE - DECHARGE

Je soussigné(e), représentant légal de, né(e) le à

1) autorise - n'autorise pas (1) en cas d'accident, les responsables de l'association Club Nautique du Canton de Loulay à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale selon les prescriptions du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par le médecin des sapeurs pompiers ou du SAMU.

2) autorise - n'autorise pas (1) le transport sur les lieux des rencontres ou des activités proposées par le club, par des personnes véhiculées étant en règle avec les lois du Code de la Route, et décline toute responsabilité vis-à-vis du club et de ses éducateurs en cas d'accident.

(1) Rayer la mention inutile

Signature du représentant(s) légal(s)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur certifie avoir examiné

Nom : Prénom :, né(e) le/...../..... et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe contre indiquant la pratique sportive (Natation, Sports Nautiques, Compétition).

Fait à le/...../.....

Cachet et signature du médecin