

**A / AUTORISATION PARENTALE EN CAS DE BLESSURE**  
**(Obligatoire pour les enfants mineurs)**

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_  
(Nom, prénom du représentant légal),

Agissant en qualité de **père - mère - Tuteur** (1), de(s) l'enfant

1/ \_\_\_\_\_

2/ \_\_\_\_\_

3/ \_\_\_\_\_

(Nom, prénom)

- Autorise le responsable de l'encadrement du COS Judo à faire pratiquer tous soins médicaux urgents (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté *(en cas de refus rayer la mention)*.
- Certifie que mon fils ou ma fille est à jour de tous vaccins (Tétanos, etc ...)

**EN CAS D'URGENCE. PERSONNES A PREVENIR :**

NOM	1.	2.	3.
PRENOM			
LIEN PARENTE			
—			
PORTABLE			

La responsabilité du COS Judo ne saurait être engagée pour tous les trajets extérieurs au dojo.

Date : .....

Signature avec mention « lu et approuvé »