

# Autorisation parentale

## Certificat medical

Je soussigné 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.

Fait à ..... le ...../...../.....

Cachet et signature du médecin

Allergie(e) / remarques médicales  
.....  
.....

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?  
.....

### Vaccinations

L'enfant est-il à jour dans ses vaccins et rappels ?

**BCG**

**oui/non\***

**PENTACOQ / DTCP**

**oui/non\***

(\* rayer la mention inutile)

# Autorisation de soins et d'intervention en cas d'urgence

Je soussigné(e) Madame, Monsieur .....  
demeurant à .....  
représentant (s) légal (s) de l'enfant (nom, prénom) .....  
date de naissance....., autorise **en cas d'accident, la Ville de Plaisir 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.**

**oui non**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A rentrer seul  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A effectuer des sorties en car  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A être transporté dans un véhicule municipal                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A être filmé ou photographié pour les besoins de la ville, presse locale...   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autorise mon enfant à effectuer les sorties vélos et roller au départ Plaisir |

**Signature du représentant(s) légal(s)**

Fait à

le