



**PÔLE EXCELLENCE**  
**AUTORISATION PARENTALE - DECHARGE DE RESPONSABILITE**

*A renseigner par les parents*



Je soussigné : **NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
Père  Mère  Tuteur

*Représentant légal de l'enfant mineur :*

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Licencié au club de : \_\_\_\_\_ Catégorie : U \_\_\_\_\_

**AUTORISE**

**Sa participation avec les équipes du Pôle Excellence du MHSC aux :**

**DETECTION(S)**  **ENTRAINEMENT(S)**  **RENCONTRE(S) AMICALE(S)**  **TOURNOI(S)**

*Pour la période déterminée*

- ▷ Je déclare être couvert(e) par une **assurance responsabilité civile**, ainsi que par une couverture sociale ou personnelle
- ▷ Décharge le club du **MONTPELLIER HERAULT SC** de toute responsabilité relative à un accident au cours de la pratique de l'activité
- ▷ Je m'engage à assumer personnellement les conséquences que son action pourrait provoquer, pendant l'activité, aussi bien sur les biens que les personnes

A Montpellier le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature

**AUTORISATION MEDICALE**

Je soussigné, Monsieur ou Madame : \_\_\_\_\_  
Père  Mère  Tuteur

Autorise les responsables du **MONTPELLIER HERAULT SC** à prendre ou faire prendre toutes les mesures d'urgences qui seraient motivées par l'état de santé de mon enfant

N° SS

GROUPE SANGUIN :

J'autorise tous les professionnels habilités à pratiquer ou faire pratiquer les actes médicaux, chirurgicaux ainsi que les anesthésies générales en cas d'urgences médicales.

Je décharge les professionnels de santé intervenant dans le respect des règles, de toute responsabilité en cas d'accident.

A Montpellier le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature

