**AUTORISATION PARENTALE**

**Saison 2025-2026**

**USSP ATHLETISME Stade Camélinat**

**54 rue Danielle Casanova**

**37700 Saint Pierre des Corps**

**Usspathletisme37@gmail.com**

**Pour les catégories : Eveil Athlétique (2017, 2018 et 2019), Poussins (2015 et 2016), Benjamins** **(2013/2014), Minimes** **(2011/2012), Cadets (2009/2010), Juniors** mineurs **(2008)**

 **NOM** (de l’athlète) : ……………………………………… **Prénom** : ……………………… **Né(e) le** ……… /……… / 20……

**Informations concernant les parents**

Nom et Prénom du père : …………………………………………………...………Téléphone : …… /…… /…… /…… /……

Adresse postale : ……………………………………………………………………………………………………………………….………

Nom et Prénom de la mère : ………………………………………………………… Téléphone : …… /…… /…… /……/……

Adresse postale (si différente) : …………………………………………………………………………………………………..………

**Entraînements Eveil Athlétique et Poussins** : le mercredi de 16h30 à 18h et le vendredi (Poussins) de 18h15 à 19h45

**Les enfants doivent être accompagnés et récupérés à l’intérieur du stade au niveau de la piste d’athlétisme ou du bureau par un adulte, et signaler leur présence à l’entraîneur présent.**

**Entraînements Benjamins à Juniors :** le mardi et le jeudi de 18h30 à 20h00

**J’autorise mon enfant à se rendre seul au stade et à revenir seul des entraînements :**

**Oui Non**

**Autorisation de transport**

J’autorise le déplacement de mon enfant dans le cadre des activités de l’USSP ATHLETISME (compétitions, entraînements et sorties récréatives). Ces déplacements pourront être organisés :

* avec le mini-bus du club : ***la charte d’utilisation*** du mini-bus est consultable sur le site du club [**www.ussp-athletisme.com**](http://www.ussp-athletisme.com/)ou en car (en cas de sortie avec d’autres clubs)
* dans la voiture personnelle d’un entraîneur, d’un membre de l’USSP ATHLETISME ou d’un parent.

**Fournir un rehausseur adapté à l’âge de l’enfant si nécessaire**

**Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs**

Conformément à l’article R232-45 du code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je soussigné.e, …………………………………………………………………………………………, en ma qualité de ……………………………… (père, mère, représentant-e légal-e) de l’enfant……………………………………………………………………………………, autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.

**Autorisation médicale :**

 J’autorise, en cas d’urgence et d’impossibilité de me joindre, les responsables et/ou entraîneurs de l’USSP ATHLETISME à faire pratiquer sur mon enfant tout examen et/ou intervention prescrit par un médecin et à faire sortir mon enfant de l’hôpital, sur avis médical.

**Personnes à prévenir en cas d’urgence :**

Nom – Prénom : …………………………………………………………………  …… /…… /…… /…… /……

Nom – Prénom : …………………………………………………………………  …… /…… /…… /…… /……

**Si préférence :**

Médecin : ………………………………………………………………………...  …… /…… /…… /…… /……

Hôpital : ………………………………………………………………….……….  …… /…… /…… /…… /……

**Autres informations médicales :** (maladie, allergie, etc.)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fait à Saint-Pierre-des-Corps, le …… /………/……

**Signature précédée de « lu et approuvé »**