|  |  |
| --- | --- |
|  | Bulletin à renvoyer à Marcmarc.lemaire44470@gmail.com**STAGE TENNIS JEUNES****19 au 23 decembre** |

Le participant Jeune

NOM Prénom

Coordonnées des parents en cas de besoin

Tél Père Tél Mère

***AUTORISATIONS PARENTALES***

Je soussigné(e), Responsable légal de l’enfant (Prénom, Nom)

**AUTORISATION D’EVACUATION ET DE SOINS** (Entourer j'autorise ou j'autorise pas)

 J’autorise les animateurs de l’ATT à faire prodiguer les premiers soins à mon enfant et, le cas échéant, à le faire transporter au centre hospitalier de leur choix.

 Je n’autorise pas les animateurs de l’ATT à faire prodiguer les premiers soins à mon enfant et, le cas échéant, à le faire transporter au centre hospitalier de leur choix. Je prendrai les décisions adéquates en cas d’accident.

**AUTORISATION DE RETOUR AU DOMICILE** (Entourer j'autorise ou j'autorise pas)

 J’autorise mon enfant à rentrer par ses propres moyens à la fin de la ½ journée de stage.

 Je n’autorise pas mon enfant à rentrer par ses propres moyens en fin de stage. Je m’engage donc à venir le chercher en fin de stage.

**DROIT A L’IMAGE** (Entourer j'autorise ou j'autorise pas)

L’ATT peut être amenée, à utiliser des photographies et/ou des vidéos, prises à l’occasion du stage qu’elle organise. Photographie et vidéo présentant plus de trois personnes identifiables.

 J’autorise l’ATT à utiliser l’image de mon enfant dans le cadre défini ci-dessus.

 Je n’autorise pas l’ATT à utiliser l’image de mon enfant dans le cadre défini ci-dessus.

Date .. / .. /22 Fait à :

Règlement par chèque à l’ordre de l’ATT Signature
OU paiement en espèces