

**AUTORISATON PARENTALE**

Je soussigné(e).....

Responsable de l'enfant.....

Adresse : .....

J'autorise mon enfant à participer au stage escalade organisé par Montagne Escalade Rochelaise du 10 février au 17 février 2017.

**Personnes à prévenir en cas d'urgence**

NOM : ..... Tél : .....

NOM : ..... Tél : .....

NOM : ..... Tél : .....

J'autorise les responsables du club Montagne Escalade Rochelaise à faire dispenser les soins et les traitements nécessaires à mon enfant et à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une intervention chirurgicale avec ou sans anesthésie ou pour une hospitalisation d'urgence.

Dans le cadre du droit à l'image des mineurs, je donne mon autorisation pour la mise en ligne éventuelle de photos de mon enfant sur le site internet du club. OUI NON

A .....le .....

Signature

Recommandations spéciales (nourriture, santé, etc.....).....

.....

.....