



Ste Maxime Athlète-Golfe de St Tropez

SMA-GST
4, ROUTE JEAN CORONA
La Présidente : Annie VANDENBUSSCHE
TEL : 06 75 65 89 76
president.smagst@gmail.com

MAISON DES ASSOCIATIONS N°58
83120 SAINTE MAXIME
Entraîneur : Jean Paul BOUSSEMART
TEL : 06 74 62 70 48
jbpaca@gmail.com



AUTORISATION PARENTALE SAISON 20....

Merci d'écrire lisiblement

ATHLETE : NOM : Prénom :

PARENT : NOM : Prénom :

Adresse :
.....
.....
.....

Tél. Fixe : Tél. Mobile :

Fax : Email:

Régime de prévoyance :

1/ Sécurité Sociale N° :

2/ Nom et N° de Mutuelle :

En cas d'accident de (nom et prénom de l'enfant)
aux entraînements ou en compétition avec le club de SMA-GST, je soussigné(e) (mère, père, tuteur)*
..... autorise les personnels d'encadrement du club de SMA-
GST ou à défaut le responsable du club FFA de la manifestation sportive à :
▪ Appeler les secours d'urgence.
▪ Suivre leur diagnostic et à répondre favorablement à leur demande d'hospitalisation dans le
centre hospitalier de leur compétence.

AUTORISATION PARENTALE D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e) (mère, père, tuteur)*.....autorise
les personnels d'encadrement du club de SMA-GST ou à défaut le responsable du club FFA de la
manifestation sportive à faire hospitaliser mon enfant (nom et prénom de l'enfant)
....., et de répondre favorablement au médecin responsable
du centre hospitalier qui demandera l'intervention chirurgicale d'urgence.

* rayer les mentions inutiles

Fait à le / / 20

Signature parentale