Club de Voile de Soustons Marensin
« Base de Laurens », route d'Azur
40 140 Soustons

Tél : 05-58-41-11-95
Email : cvsm.soustons@orange.fr

Autorisations parentale

Je soussigné …… Père - Mère – Tuteur de ……

- ☐ Autorise le bénéficiaire à pratiquer la voile en compétition.
- ☐ Autorise le bénéficiaire, pour les déplacements sur les lieux de compétitions, à prendre place à bord du véhicule d'un dirigeant du club, d'un moniteur, du chef de base ou d'un autre parent de licencié effectuant le déplacement.
- ☐ Autorise le représentant du club à signer les documents d'inscription aux régates.
- ☐ Autorise le CVSM a utiliser toute image du bénéficiaire, dans le cadre de l'activité voile, pour publication sur la page facebook du club, le site internet du club, ou toute parution concernant le club.

Pour les déplacements entre le domicile et le club je décide de retenir :

La solution A ☐ ou la solution B ☐ (cocher la case retenue)

Solution A : Mon enfant, mineur, sera remis au moniteur de l'école de voile en personne, par mes soins ou par une personne habilitée désignée ci-dessous et repris après les entraînements et compétitions. Avant de le laisser, la personne accompagnant l'enfant se sera assurée que l'entraînement ou la compétition a bien lieu.

Personne habilitée : Nom :…….. Prénom :..... tél : …….....
Solution B : Mon enfant, mineur, pourra se rendre par ses propres moyens et non accompagné, aux entraînements et compétitions et en repartira de même.

Autorisation de soins (en cas d'accident survenu à un licencié mineur)

- J'autorise tout examen, soins ou intervention chirurgicale nécessaire
- J'autorise le responsable désigné par le club :
  - A demander l'admission dans un établissement de soins
  - A ne reprendre l'enfant à sa sortie de cet établissement qu'en cas d'indisponibilité des parents

En cas d'accident, en fonction des soins, le responsable du club fera appel :

- Soit à votre médecin traitant
- Soit au SAMU (15)

Et il vous préviendra le plus rapidement possible. Merci de préciser les renseignements nécessaires suivants :

- Numéro de téléphone où vous pouvez être joint rapidement : Tél…….
- Numéro de tél de voisin ou ami ou famille : Nom :…….....…… Tél :…….

Médecin traitant : Nom et adresse .....…….…… Tél :…….

Etablissements de soins 1 * Désignation,adresse:…….....…. Tél :…….

Etablissements de soins 2 * Désignation,adresse..... Tél :…….

*Ce choix sera bien sur respecté dans la mesure où l'établissement sera compatible avec l'état du licencié(e) mineur et proche du lieu de l'accident.

Fait le : ..... Signature du parent responsable de l'enfant