



**AUTORISATION DE PARTICIPATION AUX ACTIVITES**  
**AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET DE SOINS D'URGENCE**

Je soussigné(e)

**Nom et prénom du responsable légal :**

.....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

**Autorise mon fils / ma fille (rayer la mention inutile):**

Nom et prénom de l'enfant :

.....

Date de naissance : .....

**A participer aux activités du club D-DAY DIVING (participation aux séances piscine, aux plongées, aux évènements du club, y compris aux transports le nécessitant si besoin, etc.), pour toute la durée de la saison sportive en cours.**

**En cas d'accident ou de maladie aigue** survenant lors d'une activité organisée par le club :

J'autorise les responsables du club D-DAY DIVING à prendre toutes les mesures nécessaires concernant les soins médicaux d'urgence, y compris :

- le transport en ambulance ou par tout autre moyen approprié vers un centre médical ou hospitalier,
- la consultation médicale,
- l'administration de soins urgents,
- l'hospitalisation, si le médecin le juge nécessaire.

Je dégage le club D-DAY DIVING, ses dirigeants, encadrants et bénévoles, de toute responsabilité en dehors de celle leur incombant dans le cadre de leurs fonctions associatives.

---

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

Nom et prénom :

.....

Lien avec l'enfant :

.....

Téléphone portable :

.....

Autre numéro utile :

.....

---

**Médecin traitant :**

Nom et prénom :

.....

Téléphone :

.....

**Allergies / traitements / particularités médicales :**

.....

.....

.....

.....

---

Fait à ....., le .....

Signature du représentant légal précédée de la mention "Lu et approuvé" :

.....