



_____, le _____
(Lieu, Date)

Autorisation de participation à une sortie occasionnelle

Organisateur de la sortie :

Club : SUB GALATÉE – LE CHESNAY 78
Adresse : 7, rue Pottier 78 150 LE CHESNAY
FFESSM n° 07 78 308

Organise une sortie plongée :

- Date : (Date de la sortie)
- Lieu : (Ville, Pays)
- Transport : (Type, Moyen)
- Hébergement : (Nom, Adresse)
- Club de plongée : (Nom, Adresse)

Coordonnées du participant :

Je soussigné : (Nom, Prénom)
Demeurant : (Adresse complète)
Tél. domicile :
Tél. portable :
Agissant en qualité de : (Père, Mère, Tuteur)
De l'enfant : (Nom, Prénom)
Né(e) le : (Date de naissance)
Licence FFESSM n° : (Numéro de licence fédérale)

Déclare autoriser sa participation à la sortie organisée par le club de plongée Sub Galatée – Le Chesnay (78) à _____ (Lieu)
du _____ (Date, Heure) au _____ (Date, Heure) dans les conditions prévues par
les organisateurs.

Reconnais avoir reçu toutes informations utiles relatives à cette sortie, notamment en matière de responsabilité et de participation
financière.

Donne pouvoir aux responsables de la sortie (moniteurs, directeur technique, président) pour prendre, en cas de maladie ou
d'accident, toutes mesures d'urgences prescrites par le médecin, y compris éventuellement l'hospitalisation.

M'engage à en régler les frais à réception des pièces justificatives.

Vous communique les coordonnées de la police d'assurance concernant mon enfant :

Compagnie d'Assurance : (Nom)
Numéro de police : (Numéro)
Risques garantis : Responsabilité civile et Individuelle accident (A minima)

Fait à, _____ (Lieu), le _____ (Date)

Signature :

Autorisation d'hospitalisation

Coordonnées du participant :

Je soussigné : *(Nom, Prénom)*

Demeurant : *(Adresse complète)*

Tél. domicile :

Tél. portable :

Agissant en qualité de : *(Père, Mère, Tuteur)*

De l'enfant : *(Nom, Prénom)*

Né(e) le : *(Date de naissance)*

Licence FFESSM n° : *(Numéro de licence fédérale)*

En cas d'urgence, autorise les responsables à hospitaliser mon enfant sous anesthésie générale et à faire pratiquer une intervention chirurgicale en cas de nécessité.

Renseignements médicaux :

- Soins médicaux à donner à l'enfant : *(Néant par défaut)*
- Régime alimentaire : *(Néant par défaut)*
- Contre-indications médicales : *(Néant par défaut)*
- Port de prothèses (auditives, oculaires) : *(Néant par défaut)*
- Vaccinations effectuées : *(À jour par défaut)*

Organismes d'assurance dont dépend le responsable de l'enfant :

Sécurité Sociale : *(Nom, Lieu)*

Numéro d'assuré du père : *(Numéro de SS)*

Numéro d'assurée de la mère : *(Numéro de SS)*

Mutuelle : *(Nom, Lieu)*

Numéro d'assuré : *(Numéro)*

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Contacter : *(Noms, Prénoms)*

Adresse : *(Adresse(s) complète(s))*

Tél. domicile :

Tél. professionnel du père :

Tél. professionnel de la mère :

Tél. portable du père :

Tél. portable de la mère :

Fait à, _____ *(Lieu)*, le _____ *(Date)*

Signature :

Autorisation de sortie

Coordonnées du participant :

Je soussigné : *(Nom, Prénom)*

Demeurant : *(Adresse complète)*

Tél. domicile :

Tél. portable :

Agissant en qualité de : *(Père, Mère, Tuteur)*

De l'enfant : *(Nom, Prénom)*

Né(e) le : *(Date de naissance)*

Licence FFESSM n° : *(Numéro de licence fédérale)*

Autorise mon enfant à sortir en dehors des activités programmées par le responsable de la sortie.

Accompagnée d'un représentant majeur qui sera en charge de mon enfant :

Représentant majeur : *(Nom, Prénom)*

Demeurant : *(Adresse complète)*

Tél. domicile :

Tél. portable :

Né(e) le : *(Date de naissance)*

En cas d'exclusion de mon enfant pour non-respect des règles de sécurité, je m'engage à venir le chercher (ou le faire chercher par un représentant majeur) dans les 24 heures sur les lieux mêmes de la sortie.

Fait à, _____ *(Lieu)*, le _____ *(Date)*

Signature :