



## **Cercle d'Escrime de Chabeuil**

*Autorisation d'intervention pour un mineur  
Délégation de responsabilité  
Saison 2012-2013*

Je soussigné(e),

Père, Mère, Tuteur (rayer la mention inutile)

De l'enfant :

Autorise l'encadrement du Cercle d'Escrime de Chabeuil à prendre toutes les mesures jugées nécessaires en cas d'accident corporel ou de problème de santé subi par l'enfant ci-dessus nommé dans le cadre des activités sportives organisées par le Cercle d'Escrime de Chabeuil ainsi que dans le cadre des déplacements en compétition (intervention chirurgicale, hospitalisation...).

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

N° de téléphone à appeler en cas d'urgence :

Contre-indications éventuelles :

Fait à :

Le :

Signature :