



À remplir en lettres capitales\*



Nom\* \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de Naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Bureau \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### AUTORISE LE P.B.C

- À transporter leur enfant sur le lieu de la compétition.
- En cas de blessure lors d'un tournoi, à le conduire au centre médical le plus proche (cabinet médical, centre hospitalier, clinique) si nécessaire.

Et s'engage à vérifier la présence du/des responsables en début de créneau et à être à l'heure pour reprendre leurs enfants.

L'enfant rentre par ses propres moyens :  OUI  NON

Allergie(s)  OUI \_\_\_\_\_

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

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

1 - \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

### SIGNATURE(S)

