



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) en qualité de PERE / MERE / TUTEUR / TUTRICE (rayer les mentions inutiles)

autorise mon fils / ma fille : (NOM et Prénom).....

- a participer à toutes les épreuves dans le cadre des détections pour entrer à l'Académie Diomède durant les rassemblements prévus à cet effet,

- à être pris en photo dans le cadre des détections pour entrer à l'Académie Diomède durant les rassemblements prévus à cet effet.

En cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention tant médicale que chirurgicale, avec ou sans anesthésie, y compris l'hospitalisation, j'autorise le responsable de la détection à transporter mon fils / ma fille à l'établissement hospitalier le plus proche pour y recevoir les soins ou y subir toute intervention qui serait reconnue nécessaire ou urgente par le médecin.

IMPORTANT : veuillez préciser ci-après les renseignements suivants concernant votre enfant.

Médicament à ne pas administrer :

.....
.....
.....

L'Académie Diomède traite les données recueillies sur ce formulaire pour recueillir l'autorisation d'utiliser l'image de votre enfant ou votre image ou celle des personnes participant aux événements organisés par l'Académie Diomède pour promouvoir les activités de l'Académie.

Fait à

le/...../.....

Signature

(précédée de la mention « lu et approuvé »)



ACADEMIE DIOMEDE

19 rue Victor Hugo 92130 Issy-les-Moulineaux
01 41 46 01 91 - contact@academie-diomedes.fr