



## Annexe 1 - Autorisation Médicale

Je soussigné père/mère(\*).....

Adresse : .....

Numéro téléphone : .....

Tuteur de l'adhérent .....

Autorise formellement les responsables du **C.S.B.J. NATATION**, durant les entraînements, stages ou tout autre déplacement sportif, à faire appel à un médecin si la santé de l'adhérent le nécessite et à faire pratiquer, le cas échéant, tout examen complémentaire ou intervention chirurgicale nécessitée par son état de santé et prescrit par le médecin.

**Par le présent document, je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club (disponible en annexe) et m'engage à le respecter pour la saison 2015/2016.**

Cordialement,

Fait à .....

Le : .....

Mention « lu et approuvé »

Signature :

(\*) rayer la mention inutile