



# **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné, Madame, Monsieur .....

demeurant à .....

en ma qualité de représentant légal de mon enfant .....né(e) le .....

l'autorise à pratiquer le Tennis de table au sein de l'association MELESSE PING pour la saison 2016-2017.  
J'autorise, en cas d'accident, les responsables de l'association à prendre toutes les mesures nécessaires à sauvegarder l'intégrité physique de mon enfant.

Je désire être prévenu(e) le plus rapidement possible de tout incident.

En cas d'absence merci de prévenir : Mme/M. ....tél.: .....

**Signature des parents ou du responsable de l'enfant**

précédée de la mention « lu et approuvé »

A ....., le .....

---

## **INFORMATIONS IMPORTANTES**

### **Responsabilité par rapport aux mineurs :**

Nous tenons à rappeler aux parents :

- que la responsabilité du club n'est engagée, ni avant ni au delà de l'heure de cours.

- qu'ils doivent impérativement :

- S'assurer que le cours a bien lieu auprès de l'encadrant (pas de cours pendant les vacances scolaires).
- Déposer l'enfant auprès de l'encadrant à l'heure du cours défini.
- Être présents 5 minutes avant la fin du cours pour récupérer l'enfant.

**Réécrire impérativement le texte ci dessous (par le représentant légal du mineur)**

*Je soussigné M, Mme ....déclare avoir pris connaissance de la responsabilité pour les mineurs et m'engage à en respecter les règles.*

*Date et signature :*

### **Assurances**

La possession de la licence délivrée par la Fédération Française de Tennis de Table ouvre droit aux garanties prévues par l'assurance de cette fédération. L'association MELESSE PING a souscrit en plus une assurance responsabilité civile.

**IMPORTANT : L'assurance souscrite par l'association passe après le régime social et complémentaire**

**Vie privée** : sur demande des parents, l'association s'engage à retirer les photos des enfants du site Internet [www.melesseping.net](http://www.melesseping.net)

**Certificat médical pour le**  
**COMITE D'ILLE ET VILAINE DE TENNIS DE TABLE**

13b Avenue de Cucillé 35065 RENNES Cedex

Je soussigné, ....., docteur en médecine, certifie avoir examiné :

NOM : ..... Prénom : .....

Né (e) le : ..... Club : MELESSE PING.

Et n'avoir constaté, ce jour, aucun signe semblant contre-indiquer la pratique du tennis de table.

Signature et cachet du médecin  
(avec n° adeli)

Le ..... / ..... / 2016

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE LICENCIÉ**

NOM : .....Prénom : .....

N° de licence : ..... (si licencié la saison dernière)

Nom de l'association : MELESSE PING

Adresse mail : ..... Portable.....

Saison 2016-2017

Le ..... / ..... / 2016

Signature :