AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) : ............................................................................................................

¨père - ¨ mère - ¨ tuteur

demeurant .....................................................................................................................

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

AUTORISE LA PARTICIPATION ET LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE MON ENFANT :

NOM................................................................PRÉNOM...................................................

**Le ……………………………………………………….**

**Nom de l’évènement …....................................**

Contact en cas d’urgence : ………………………………..

Tél : ……/………/………/………/……….

Fait à …………………………………………….. , le …...../ ............./ 20..

Signature du représentant légal

*Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »*

*Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique destiné à la gestion des services fédéraux de la FFAEMC. Le destinataire des données est : la FFAEMC. Conformément au « Règlement Général à la Protection des Données » du 25 Mai 2018, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser aux dirigeants de la FFAEMC. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*