**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**VILLE DE TAVERNY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Direction des Sports et Vie associative**  **Tel : 01 39 95 90 00**  **ssports@ville-taverny.fr** |  |

**Contest**

|  |
| --- |
| AUTORISATION PARENTALE / FICHE D’INSCRIPTION |
| NOM Prénom    Age : date de naissance  Adresse    **Tuteur légal** :  Nom Prénom  Adresse  Tél domicile Portable    Je soussigné (e), le responsable légal, M. /Mme  Père  Mère  Tuteur  **Autorise** mon enfant à participer aux animations proposées dans le cadre de la journée **TAVERN RIDE**, le……/………/…………… et certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique des activités physiques et sportives.  **Autorise** également le médecin consulté, en cas d’urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d’anesthésie que nécessiterait l’état de santé de mon enfant.  **Autorise** la prise de vue (photo, vidéo) pour la restitution et promotion de l’évènement sur tous support de communication de la commune (taverny mag, réseaux sociaux de la ville…. )  Fait à Taverny le : Signature du responsable légal,  Précédé de la mention « Lu et approuvé » |