

# Formulaire d'autorisation parentale pour le stage de basket en Espagne

Please, fill and sign this consent from the parents or legal guardians.

Ce formulaire d'autorisation est à remplir et à signer par les parents ou les tuteurs légaux.

You can fill in using Typewriter (Click Tools > Typewriter), save, print, bring it to the camp and give it at arrival at the reception desk.

Vous pouvez remplir cette fiche avec une machine à écrire (Cliquez sur Outils > Machine à écrire), enregistrez, imprimez, amenez ce document au stage et donnez le à votre arrivée à la réception.

I am \_\_\_\_\_  
the parent and/or legal guardian of \_\_\_\_\_  
(first and last name of the student)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
parent et/ou tuteur légal de \_\_\_\_\_  
(Nom et prénom du participant)

- My son/daughter has my permission to apply for and to participate in an international basketball organized by Zadorspain and Baskonia Basketball Foundation.
- J'autorise mon fils/ ma fille à s'inscrire et à participer au stage international de basket organisé par Zadorspain et la fondation de basket Baskonia.
- **MEDICAL RELEASE AUTHORIZATION:** I /We \_\_\_\_\_ the legal guardians of \_\_\_\_\_ hereby authorize ZADOR Spanish School and Baskonia Basketball Foundation, and its representatives, to seek medical attention on behalf of the student named above in the event of sickness, accident, or other emergency during the program. I/We also authorize any physician to release any information acquired in the course of examination or treatment. I/We certify that the above information is correct. This authorization shall be valid for the entire duration of the Basketball Camp program. I am to be contacted prior to further diagnostic, surgical, or specialist care.
- **AUTORISATION PARENTALE DE SOINS D'URGENCE :** Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ le responsable légal de \_\_\_\_\_ par la présente autorise ZADOR Spanish School et la fondation de basket Baskonia, ainsi que ses représentants, à consulter un médecin au nom du participant mentionné ci-dessus en cas de maladie, accident, ou pour tout autre urgence survenant pendant le stage. J'autorise tout physicien à communiquer toute information acquise durant un examen ou traitement. Je certifie que les informations présentes ci-dessus sont correctes. Cette autorisation sera valable pour toute la durée du stage de Basket. Je suis la personne à être contactée au préalable en cas de besoin de diagnostic, intervention chirurgicale, ou de soins spécialisés.

\_\_\_\_\_  
Signature of parent/guardian  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Printed name of parent /guardian  
Nom en lettres capitales du parent/tuteur

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data  
Date

BASKONIA & ZadorSpain basketball camp in  
spain

Website

Email