



## AUTORISATION PARENTALE

⇒ **A REMPLIR PAR LA PERSONNE LEGALEMENT RESPONSABLE DE L'ENFANT**

⇒ **A REMETTRE AU RESPONSABLE DE L'ACTION LORS DE VOTRE ARRIVEE**

Je soussigné(e)..... (NOM, Prénom)  
agissant en qualité de représentant de l'enfant mineur,  
Nom et prénom : .....  
Date de naissance : ..... Numéro de licence : .....  
L'autorise à participer à l'action .....  
qui se déroulera le (s) ..... - sous la responsabilité du  
responsable de l'action, ..... (NOM, Qualité)  
désigné par le Comité Régional Auvergne-Rhône-Alpes de Gymnastique, ou de son entraîneur s'il  
est présent.

Adresse des parents :

.....  
.....

Personne responsable ou à prévenir en cas d'urgence : .....

Adresse : .....  
.....

N° tel. Domicile : .....

N° tel. Travail : .....

N° tel. Mobile : .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

N° d'immatriculation : .....

Caisse de sécurité sociale : .....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? (Rayez la mention inutile) OUI - NON

Si OUI, lequel ? .....

Est-il allergique à certains médicaments ? .....

Si OUI, lesquels ? .....

Date de la dernière vaccination antitétanique ? .....

J'accepte que mon fils, ma fille .....soit hospitalisé(e)  
en cas d'urgence et autorise le responsable à prendre les dispositions nécessaires. J'autorise  
également le chirurgien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement  
d'un diagnostic, toutes interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie - réanimation  
que nécessiterait l'état de santé de mon fils, ma fille.

Médecin traitant : .....

Adresse : .....  
.....

N° de téléphone : .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature du responsable légal de l'enfant,  
précédée de la mention « LU ET APPROUVE » :