



AUTORISATION PARENTALE

➡ A REMPLIR PAR LA PERSONNE LEGALEMENT RESPONSABLE DE L'ENFANT

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 aux actions Interdépartementales & Régionales et sous la responsabilité du Cadre désigné par le Comité Régional Auvergne-Rhône-Alpes de Gymnastique (stipulé sur chaque convocation), 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 ma fille, mon fils 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 ma fille, mon fils.

Médecin traitant :

Adresse :

N° de téléphone :

Fait à : Le :

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