

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Monsieur ou Madame

Demeurant.....

N° de téléphone en cas d'accident.....

N° de sécurité sociale du responsable légal (obligatoire).....

- Déclare autoriser le (la) mineur (e),

Nom

Prénom.....

Né (e) le.....

Du club de N° licence :

Renseignements complémentaires (allergies...) :

A participer en tant que gymnaste / cadre / juge :

L'autorise à pratiquer toutes les activités prévues dans la formation programmée par les responsables encadrants.

Date (s) (mettre les dates de l'ensemble de la formation)

Lieu(X) :

J'autorise en cas d'urgence :

✂ Le chirurgien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement d'un diagnostic, ✂ Toute intervention médicale,
✂ Toute intervention chirurgicale, y compris avec phase anesthésie/réanimation, nécessitée par l'état de santé de l'enfant.

Personne à prévenir en cas d'urgence :

M,Mme :

📍 :

☎ : ,

@ :

🏠 Professionnel :

Renseignements complémentaires (allergies...) :

En cas de non acceptation de tout ou partie de
cette attestation, joindre une décharge
de responsabilité

Fait à le

(faire précéder de « lu et approuvé »)

Signature

IRFA FFGYMHDF

125 Route de Gruson 59830 Cysoing

Tel : 0320562839 @ : irfa@ffgym-hdf.fr Site : <http://hauts-de-France.ffgym.fr>