



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 » :

InteraGYM FORMATION

Comité Auvergne-Rhône-Alpes de Gymnastique | *Siège social* : 10, Avenue Viviani 69200 VENISSIEUX
Accueil & Adresse postale : Maison Régionale des Sports - 68, avenue Tony Garnier - CS 21001 - 69304 LYON Cedex 07
04 78 00 88 85 | contact@interagym-formation.com | www.interagym-formation.com