



STAGE GYMNASTIQUE : Saison 2019 / 2020. AUTORISATION PARENTALE

NOM :

Prénom :

Club :

Date de naissance :

Je soussigné(e) : NOM :

Prénom :

Information tuteur /père/mère /responsable de l'enfant*

Adresse :

Tel. domicile :

Tel. travail :

Tel. portable :

e-mail :

Information gymnaste

N° Licence :

N° Sécurité sociale de rattachement :

- ✓ L'autorise à participer à toutes les activités du stage départemental de gymnastique.
- ✓ Autorise le Directeur de stage à faire soigner mon enfant, à faire pratiquer sur lui les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin, et à le faire sortir de l'hôpital.
- ✓ M'engage à régler les frais médicaux, d'hospitalisation, d'opération et de transport, à charge pour moi de me faire rembourser par la caisse de sécurité sociale, ma mutuelle ou mon assurance.
- ✓ M'engage à rembourser les frais engagés pour mon enfant
- ✓ L'autorise à être transporté en véhicule particulier selon la législation en vigueur (assurance) (**Sièges auto ou rehausseurs homologués obligatoires**).

Date :

Signature

* Rayer les mentions inutiles