



Comité Régional
Pays-de-la-loire

AUTORISATION PARENTALE

NOM – PRENOM de l'enfant :
Date de naissance : Sexe : M - F N° de licence :
Adresse : Code postal :
Ville :
Téléphone :

CHEF DE FAMILLE :

NOM – PRENOM :
N° de Sécurité Sociale :
Adresse (si différente) :
Téléphone personnel :
Téléphone professionnel :

Je donne l'autorisation aux membres du Comité Régional de Gymnastique de prendre, EN CAS D'URGENCE, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (intervention chirurgicale, soins dentaires, etc...).

J'autorise mon enfant à participer en cas de déplacement à toutes les activités spécifiques organisées par l'encadrement (baignade, promenade, etc...).

En cas d'hospitalisation, je souhaite que mon enfant soit de préférence amené à :

- L'HOPITAL
- LA CLINIQUE
- (Préciser le nom).....

Autre personne à prévenir en cas d'absence du Chef de famille :

NOM – PRENOM :
VILLE :
TELEPHONE :

Renseignements sur les vaccinations de l'enfant :

Date vaccination DT POLIO dernier rappel :
BCG

Recommandations importantes concernant l'enfant :

Maladies :
Opération récente :

LU et APPROUVE

Signature du Responsable

