AUTORISATION PARENTALE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | - **ENFANT -** |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | NOM : |  |
| **ET** | PRENOM : |  |
| **DECHARGE PARENTALE** | DATE DE NAISSANCE : |  |
|  | NUMERO DE LICENCE : |  |

Objet des formations :

Dates des formations :

Lieux des formations :

**RESPONSABLE DE L’ENFANT** : (Nom de la personne à prévenir en cas d’urgence) NOM : PRENOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Portable :

# Nom du médecin traitant (facultatif) :

Téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Numéro de sécurité sociale :

Nom et numéro de la mutuelle :

Nous, soussignés, Mr ou Mme et Mr ou Mme

parents de l’enfant .

* Déclarons sincères et exacts les renseignements portés sur cette fiche.
* Autorisons notre enfant à participer au séjour cité plus haut.
* Autorisons le responsable du séjour, à prendre, le cas échéant, toute mesure d’ordre médicale ou Medico- chirurgicale (y compris l’anesthésie) rendue nécessaire par l’état de l’enfant, pour tout incident Durant le déplacement, séjour ou compétition.

# Fait à : Le :

**Signature du parent 1 :** **Signature du parent 2 :**

**Comité départemental de gymnastique de la Loire**

4, rue des 3 meules 42100 St Etienne - 0698200811 - [comiteloiregym@gmail.com](mailto:comiteloiregym@gmail.com)

**https://**[**www.loire-ffgym.com/**](http://www.loire-ffgym.com/)