

AUTORISATION PARENTALE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ET DECHARGE PARENTALE	- ENFANT - NOM : PRENOM : 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
parents de l'enfant

et Mr ou Mme

- 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 :



Email
comiteloiregym@gmail.com



Téléphone
06-98-20-08-11



Site
<https://cd42.ffgym.fr/>