



**AUTORISATION DES PARENTS OU DE LA PERSONNE
LEGALEMENT RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Je soussigné(e) déclare autoriser mon
enfant à participer :

au stage qui se déroulera du ____ au ____

au

J'autorise les responsables à mettre en œuvre l'hospitalisation ou les interventions chirurgicales et traitements urgents reconnus nécessaires par un médecin.



FICHE DE RENSEIGNEMENTS :

Date de Naissance de l'enfant : ____/____/____

Adresse des parents :

.....

Téléphone de la Mère : Téléphone du Père :

ASSURÉ SOCIAL OU AYANT DROIT AU PRESTATION :

Nom et Prénom :

N° d'Immatriculation :

Caisse de Sécurité Sociale :

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Est-il allergique à certains médicaments ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

Quelle est la date du dernier rappel de vaccination anti-tétanique ?

DT POLIO : et BCG :

↳ **joindre la photocopie du carnet de santé (pages de vaccination)**

Autres informations importantes que vous souhaitez donner :

.....

J'autorise : OUI NON



✚ La prise d'une ou plusieurs photographie(s) le représentant.

✚ La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) le représentant à l'occasion des activités de gymnastique au sein des stages, des séances d'entraînement et/ou pendant les compétitions.

✚ La diffusion d'une ou plusieurs photographie(s) le (les) représentant lors des sessions de formations initiales ou continues des entraîneurs ainsi que des juges (outils de partage et d'analyse de mouvements gymniques...).

Inscrire la mention "lu et approuvé"

Dater et signer.