

SECTION CYMNASTIQUE ACROBATIQUE

Autorisation parentale et Fiche Sanitaire d'Urgence

Je soussigné / Nous soussignés :
Agissant(s) en qualité de Représentant légal / Représentants légaux de l'enfant
mineur:
Nom, Prénom:
Né(e) le :
N° Sécurité Sociale qui couvre l'enfant : [_][][][][] / []
Mutuelle qui couvre l'enfant (nom, adresse complète) :

AUTORISE / AUTORISONS

mon / notre enfant mineur à participer, tout au long de la saison sportive :

- aux stages internes ou organisés par l'une des entités citée ci-dessous,
- aux sélectives inter-départementales, et inter-régionales,
- aux compétitions départementales, nationales, internationales,
- à toutes activités culturelles, touristiques, de loisirs et sportives organisées par l'une des entités citée ci-dessous,

sous la responsabilité de cadres majeurs,

Et sous réserve de la validation de la sélection de mon / notre enfant mineur par le Comité Départemental, le Comité Régional ou par la Fédération Française de Gymnastique aux évènements énoncés ci-dessus.

ACCEPTE / ACCEPTONS

- que mon / notre enfant mineur soit hospitalisé(e) en cas d'urgence et autorisons les entraîneurs, accompagnateurs et cadres majeurs à prendre toutes les dispositions nécessaires à ce sujet et à m'en / nous en informer dès que possible.

Le présent document sera remis au personnel de santé qui prendra en charge mon / notre enfant mineur.

INFORMATIONS A CARACTERE D'URGENCE

Si vous n'avez rien à signaler, merci d'indiquer RAS_

Groupe sanguin :	
Allergies alimentaires :	
Allergies médicamenteuses :	
Problèmes médicaux à caractère d'urgence :	

Traitements réguliers :			
Directives médicales en cas d'urgence:			
Coordonnées d	des personn	es à prevenir en ca	s d'accident
N° de téléphone de la n Portable : [][][]		ésentant légal de l'enfant mineur Professionnel : [][][
N° de téléphone du pèr Portable : [][][]		entant légal de l'enfant mineur Professionnel : [][][]	_][]
représentant légal de l'e	enfant mineur rapid	e susceptible de prévenir le / lement	les parent(s) / le
Nom, prénom, lien avec Portable : [][][]		Professionnel : [][][]	_][]
Nom, adresse et nº de l Nom, prénom, adresse Portable : [][][]	complète :	cin traitant de l'enfant mineur Professionnel : [][][][_][]
	Date et Sign	nature	
Fait à :			

Date et Signature
Fait à : Le : Mention manuscrite LU ET APPROUVÉ précédant chaque signature Signature du Représentant légal : Signature des Représentants légaux :