



## **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné, Monsieur ou Madame.....

Père, mère, tuteur de,

NOM : ..... PRENOM:.....

Né(e) le : .....

N° DE SECURITE SOCIALE : .....

Demeurant à : .....

Téléphone : .....

Allergies ou traitement particulier :

1 ) Déclare autoriser mon enfant, à participer aux différentes activités proposées durant les stages départementaux organisés par le Comité Départemental de gymnastique de la Mayenne :

Le 04 Novembre 2021

Le 17 Février 2022

Le 21 Avril 2022

2 ) Déclare autoriser le responsable du stage à faire pratiquer sur le mineur, les interventions chirurgicales d'urgences éventuelles, sous anesthésie, selon les prescriptions du médecin.

OUI\*

NON\*

3 ) Déclare avoir lu et accepté le protocole sanitaire

Le signataire voudra bien ajouter de sa main au dessous de la date, la mention  
« LU ET APPROUVE, BON POUR AUTORISATION »

A ..... Le.....

SIGNATURE

\* Rayer les mentions inutiles