



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 sur une des dates suivante :

Le 02 Novembre 2021

Le 03 Novembre 2021

Le 04 Novembre 2021

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

(Si la situation sanitaire exige un protocole)

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