

AUTORISATION PARENTALE

- **A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT**
- **A ENVOYER AU RESPONSABLE AU MINIMUM 7 JOUR AVANT LE DÉBUT DE L'ACTION**

Je soussigné

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur :

Nom et prénom

Date de naissance ; N° de Sécurité Sociale

N° de licence (13 chiffres) 27...../...../..... (ex : 27000/000/00000)

l'autorise à participer à l'action

organisée par le CR BFC FFGym et PerforGym Formation sous l'égide de la FFGym et aux activités qui seront proposées par les responsables pendant ceux-ci.

J'accepte que soit hospitalisé en cas d'urgence et autorise le responsable du stage à prendre toutes les dispositions nécessaires.

J'autorise également le chirurgien, en cas d'urgence, à pratiquer :

- ❖ Tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement d'un diagnostic ;
- ❖ Toute intervention chirurgicale ;
- ❖ Toute intervention chirurgicale y compris avec phase anesthésie/réanimation que nécessiterait l'état de santé de ma fille ou de mon fils,

Je demande que mon médecin traitant en soit informé :

- ❖ Nom du médecin traitant :
- ❖ Adresse :
- ❖ N° de téléphone :/...../...../...../..... (ex : 03/00/00/00/00)

Groupe sanguin de l'enfant :

Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? OUI – NON (rayer la mention inutile)

Si oui, précisez :

Votre enfant est-il allergique à certains médicaments ? OUI – NON (rayer la mention inutile)

Si oui, précisez :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Domicile :/...../...../...../..... Mobile/...../...../...../..... Travail/...../...../...../.....

Lien de parenté : Caisse de sécurité sociale :

Fait à

Le

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé" :

Documents à joindre obligatoirement (sous peine de refus d'entrée au stage) :

- Une attestation Sécurité Sociale 2019 (valable pour la durée du stage) et non la photocopie de votre Carte Vitale.
- Une photocopie de votre carte mutuelle recto/verso y compris pour les personnes majeures.

Prendre avec vous votre carnet de santé ainsi que votre Carte Vitale si vous en êtes détenteur

PerforGym Formation

Siège : Maison des Sports – 16 Rue des Prés, 71300 MONTCEAU-LES-MINES

03 85 58 66 96 – contact@perforgym-formation.fr – **perforgym-formation.fr**

Numéro SIRET : 342 951 514 00047 - APE : 9312Z

Enregistré sous le numéro 27710277771. Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat.

