

AUTORISATION PARENTALE OU DE LA PERSONNE LEGALEMENT RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné (e)
 Agissant en qualité de représentant de l'enfant mineur :

Nom et Prénom :

Date de naissance : / /

Numéro de licence :

L'autorise à participer aux actions pour lesquelles il sera convoqué par l'Entente Gymnique Grand Avignon et à participer aux activités qui lui seront proposées par les responsables.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS :

Adresse des représentants légaux :

.....

Tel domicile : / / / / Tel portable : / / / /

Lien avec l'enfant :

Personne responsable ou à prévenir en cas d'urgence :

..... Tel : / / / /

• Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ? OUI / NON

Si oui, lesquels ?.....

• Votre enfant a-t-il eu des blessures ? OUI / NON

Si oui, lesquels ?.....

• Votre enfant a-t-il OU est victime de « maladies de croissance » ? OUI / NON

Si oui, lesquels ?.....

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

J'autorise également le chirurgien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement d'un diagnostic, toutes interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie-réanimation que nécessiterait l'état de santé de l'enfant.

Fait à, le.....

Signature du représentant légal

Précédée de la mention « LU ET APPROUVE »