



AUTORISATION PARENTALE

STAGE : Lundi 26/08/2019 au Vendredi 30/08/2019

Lieu : Gymnase Gaillard

Tarif : 150 euros

Responsable : Margot BALDAQUIN

Taille du tee shirt : 10 ans XS S M

NOM-PRENOM : _____ **NE(E)** : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE : _____ **MAIL** : _____

N° LICENCE : _____

Je soussigné (e) : _____

1/ AUTORISE(1) N'AUTORISE PAS(1) mon fils, ma fille, âgé(e) de : _____ à participer au stage et à toutes les activités définies dans le programme. En outre, J'ASSUME l'entière responsabilité dans le cas où celui-ci(1) ou celle-ci(1) quitterait le stage sans l'autorisation d'un responsable pour quelque motif que ce soit.

2/ ATTESTE que mon fils(1), ma fille(1) est :

- apte médicalement
- assuré(e) contre les accidents (fournir attestation d'assurance).

3/ AUTORISE(1) N'AUTORISE PAS(1) le responsable du stage ou son adjoint ou le médecin, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, à donner en mon nom, lieu et place, toutes autorisations nécessaires pour tout acte opératoire ou anesthésie qui serait décidé par le corps médical.

Fait à : _____ le : _____

SIGNATURE DES PARENTS OU TUTEURS (2)

(1) Rayer la mention inutile

(2) Faire précéder les signatures de la mention : « Lu et approuvé »