**Autorisation parentale**

**⇨ A REMPLIR PAR LA PERSONNE LEGALEMENT RESPONSABLE DE L’ENFANT**

**⇨ A REMETTRE AU RESPONSABLE DE L’ACTION LORS DE VOTRE ARRIVEE**

Je soussigné(e)……………………………………………………………………………………… (NOM, Prénom)

Agissant en qualité de représentant de l’enfant mineur,

Nom et prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Date de naissance : ………………………………… Numéro de licence : ………………………………………………………

L’autorise à participer aux Regroupements Poussines GAF 2025/2026

qui se dérouleront les : 27/09/25 (Test sélectif). 22/10/25. 16/11/25. 11/02/26

sous la responsabilité du responsable de l’action, KLUFTS Vanessa, désigné par le Comité Départemental de la Haute Savoie de Gymnastique, ou de son entraîneur s’il est présent…

Adresse des parents : ………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

Personne responsable ou à prévenir en cas d’urgence : ………………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

N° tel. Domicile : …………………………………………………………………………………………………………

N° tel. Travail : ……………………………………………………………………………………………………………

N° tel. Mobile ………………………………………………………………………………………………………………

Lien de parenté avec l’enfant : ……………………………………………………………………………………

N° d’immatriculation : …………………………………………………………………………………………………

Caisse de sécurité sociale : …………………………………………………………………………………………

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

Si OUI, lequel ? ……………………………………………………………………………………………………………

Est-il allergique à certains médicaments ? …………………………………………………………………

Si OUI, lesquels ? …………………………………………………………………………………………………………

Date de la dernière vaccination antitétanique ? …………………………………………………………

J’accepte que mon fils, ma fille …………………………………………………………………soit hospitalisé(e) 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 mon fils, ma fille.

Médecin traitant : …………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

N° de téléphone : …………………………………………………………

Fait à : ……………………………………… Le : ………………………………………

Signature du responsable légal de l’enfant,

Précédée de la mention « LU ET APPROUVE » :