



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....Père   
Mère   
Tuteur

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

..... né(e) le .....  
n° Sécurité Sociale..... Adresse.....  
..... Téléphone.....

- Autorise les encadrants du stage performance GAF à prendre toute décision concernant mon enfant sur le plan de l'intervention des services d'urgences, consultation médicale, hospitalisation et la sortie hospitalière
- Autorise d'autre part, à faire pratiquer tous les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic, voir le cas échéant, dans un Centre Hospitalier
- Autorise les encadrants du stage performance GAF à prendre en photo et vidéo mon enfant et ce dans un but de promotion des activités du Comité Drôme Ardèche de Gymnastique

Personne à prévenir en cas d'accident :

NOM .....  
Téléphone.....

ADRESSE  
.....

NOM .....  
Téléphone.....

ADRESSE  
.....

Fait à..... Le.....2025

Signature précédée de la mention manuscrite  
« Lu et Approuvé »