

**AUTORISATION PARENTALE**

**Je soussigné, Monsieur ou Madame**...........................................................................

**Père, mère, tuteur de,**

**NOM :** ...................................................... **PRENOM:**...............................................

**Né(e) le :** ..............................................

**N° DE SECURITE SOCIALE** :..................................................................................

**Demeurant à** : .............................................................................................................

**Téléphone :**...........................................

**Allergies  ou traitement particulier :**

**1 ) Déclare autoriser mon enfant, à participer aux différentes activités proposées durant les stages départementaux organisés par le Comité Départemental de gymnastique de la Mayenne :**

**Le 30 Octobre 2025**

**2 ) Déclare autoriser le responsable du stage à faire pratiquer sur le mineur, les interventions chirurgicales d’urgences éventuelles, sous anesthésie, selon les prescriptions du médecin.**

**OUI\* NON\***

**Le signataire voudra bien ajouter de sa main au dessous de la date, la mention**

**« LU ET APPROUVE, BON POUR AUTORISATION  »**

**A** .............................................................**Le**.............................................

**SIGNATURE**

\* Rayer les mentions inutiles