



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 31 Octobre 2025

Le 23 Février 2026

Le 21 Avril 2026

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*

3) Déclare avoir lu et accepté le protocole sanitaire

Le signataire voudra bien ajouter de sa main au dessous de la date, la mention
« LU ET APPROUVE, BON POUR AUTORISATION »

ALe.....

SIGNATURE

* Rayer les mentions inutiles