



## AUTORISATION PARENTALE

**Je soussigné.e :** ☐ Père / ☐ Mère / ☐ Responsable légal

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

**Personne à contacter en cas d'accident :**

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone personnel : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

**Enfant / Stagiaire :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

**Dans le cadre de la formation à laquelle mon enfant est inscrit :**

☐ J'AUTORISE / ☐ JE N'AUTORISE PAS

**DEPLACEMENTS :**

Les responsables majeurs à transporter mon enfant lors des déplacements durant la formation (ex : gymnaste – restaurant, covoiturage etc.)

**ACCIDENTS :**

A prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de maladie, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale pour mon enfant si celles-ci étaient jugées indispensables par le Médecin

**Fait à :** \_\_\_\_\_

**Le :** \_\_\_\_\_

**Signature du responsable légal :**

(Précédée de la mention lu et approuvé)

**Comité départemental de Gymnastique du Bas-Rhin (CDGYM 67)**

Siège : Maison départementale des Sports Strasbourg – 4, Rue Jean Mentelin – 67200 STRASBOURG

Contact : 03.88.26.94.65 / [cdgym67@mds67.fr](mailto:cdgym67@mds67.fr)

SIRET 3500 2196 0000 025