

Ce document est à remplir, en intégralité,
pour les stagiaires **mineurs et majeurs**.

AUTORISATION PARENTALE / DE TRAITEMENT / PERSONNE A CONTACTER

Je soussigné(e)
agissant en qualité de : père, mère, tuteur, stagiaire majeur ⁽¹⁾

autorise mon enfant (*nom, prénom*)

né le/...../..... ⁽¹⁾ rayez la ou les mention(s) inutile(s)

- à participer à la formation AF1 gymnastique féminine organisée du 16 au 21 avril 2023 à Mirecourt et à pratiquer toutes les activités prévues lors de la formation.
- à subir toute intervention pratiquée en cas d'urgence, par un médecin et à suivre le traitement rendu nécessaire par son état de santé. Je donne ainsi pouvoir aux responsables de ce stage pour prendre toutes décisions qu'ils jugeront utiles en cas d'urgence
- d'autre part, je m'engage à rembourser l'organisateur du stage de tous les frais médicaux qui auraient été avancés pour mon enfant
- j'autorise le CD88 FSCF à utiliser les photos/vidéos de : mon enfant, moi-même ⁽¹⁾ pour ses supports de communication interne ou externe, sans contrepartie financière ou matérielle.

N° Sécurité Sociale (*mettre les 15 chiffres*)

VACCINATIONS	DATES
B. C. G.	
D. T. POLIO	
AUTRES :	

Allergies (merci de joindre un certificat LISIBLE de conduite à tenir fait par le médecin traitant) :

.....

Maladie, soins journaliers (joindre l'ordonnance du médecin) :

.....

Prescription médicale (joindre obligatoirement l'ordonnance RECENTE et LISIBLE du médecin indiquant le nom du médicament, nature du traitement et posologie à prendre) :

.....

Régime alimentaire particulier :

Précautions particulières à observer, antécédents pathologiques, autre :

.....

EN CAS D'URGENCE, PREVENIR :

Nom, prénom : Lien de parenté :

Téléphone (*fixe et/ou portable*) :

Fait à Le/...../.....

Signature : précédée de la mention "lu et approuvé"