

FORM_JUGE_01_GAF_2024

AUTORISATION PARENTALE

FORMATION N1 GAF

Je soussigné(e) : Père : / Mère : / Tuteur légal :

Nom

Prénom

de l'enfant:

Nom

Prénom

AUTORISE N'AUTORISE PAS

❖ Les responsables majeurs à transporter mon fils ou ma fille lors des déplacements durant la formation (Ex : gymnase - hôtel - restaurant).

AUTORISE N'AUTORISE PAS

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

AUTORISE N'AUTORISE PAS

❖ Mon enfant à quitter le local de formation durant la pause de midi, et de ce fait dégage de toutes responsabilités le Comité Départemental de Gymnastique 54-55 et ses formateurs lors des pauses déjeuners.

Personne à contacter en cas d'accident :

Nom

Prénom

Téléphone

Fait le _____ à _____
Signature du représentant légal

Comité Départemental de Gymnastique de Meurthe-et-Moselle (54) et de Meuse (55)

Agréé Jeunesse et Sports sous le n°2264

4 allée du Limousin, 54420 Saulxures les Nancy (président)