



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Père
Mère
Tuteur

agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur :
..... né(e) le
n° Sécurité Sociale..... Adresse.....
..... Téléphone.....

- Autorise les encadrants du séjour Acro/Gym Vacances à prendre toute décision concernant mon enfant sur le plan de l'intervention des services d'urgences, consultation médicale, hospitalisation et la sortie hospitalière
- Autorise d'autre part, à faire pratiquer tous les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic, voire le cas échéant, dans un Centre Hospitalier
- Autorise les encadrants de Acro/Gym Vacances à prendre en photo et vidéo mon enfant et ce dans un but de promotion des activités du Comité Drôme Ardèche de Gymnastique

Personne à prévenir en cas d'accident :

NOM Téléphone.....

ADRESSE

NOM Téléphone.....

ADRESSE

NOM Téléphone.....

ADRESSE

Fait à..... Le.....2026

Signature précédée de la mention manuscrite
« Lu et Approuvé »