

FICHE D'AUTORISATION PARENTALE – ANGR

Je soussigné(e) (père ou mère de l'enfant),
 Responsable légal de
 Nom, Prénom :
 Date de naissance :
 N° de licence (FFGYM) :

Nom et prénom de l'assuré social dont dépend votre enfant :
 N° Sécurité Sociale :

En cas d'accident, les responsables de l'ANGR préviennent la famille dans les plus brefs délais.
 J'accepte que mon enfant (nom, prénom)
 soit hospitalisé/e en cas d'urgence et
 J'autorise les responsables du Club à prendre toutes les dispositions nécessaires à cet effet.
 Les responsables de l'ANGR remettront le présent document au personnel de santé qui prendra en charge
 votre enfant.

Informations à caractère d'urgence

Si vous n'avez rien à signaler pour votre enfant merci d'indiquer RAS

Groupe sanguin :
 Allergies :
 Contre-indications médicamenteuses :
 Problèmes médicaux à caractère d'urgence :
 Traitements réguliers :
 Directives médicales en cas d'urgence :

Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'accident

N° de téléphone du domicile des parents :
 N° de téléphone du travail de la mère : N° de mobile :
 N° de téléphone du travail du père : N° de mobile :
 Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de prévenir les parents rapidement :

 Nom, adresse et n° du téléphone du médecin traitant :

Fait à, le

Signature de l'adhérent ou du responsable de l'enfant mineur
 (Précédée de la mention « lu et approuvé »)