CROISÉS DE SAINT-ANDRÉ
Chemin de Glain, 64100 BAYONNE. Tel. Fax. 05.59.59.25.52

AUTORISATION PARENTALE
2023/2024

Je soussigné (Père, Mère ou Tuteur)……
Autorise mon fils à pratiquer la gymnastique au sein des Croisés de Saint-André de BAYONNE

NOM:……
Prénom:……
Date de naissance:……

Adresse:……
Téléphone :……/……

Adresse mail : ……..@.....

Profession du Père : ……

Profession de la Mère : ……

A …….. , le ……..2023

Signature

AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné (Père, Mère ou Tuteur)……, en cas
D'urgence et en mon absence, autorise les dirigeants des Croisés à prendre :

- Toutes les mesures utiles pour les soins médicaux ou une opération chirurgicale
- Toutes décisions d'hospitalisation ou de non hospitalisation, de mon enfant, avec autorisation d'anesthésie et de sortie en fin d'intervention.

Je désire que mon enfant soit amené de préférence à ……..

Autorisation valable pour la saison 2023/ 2024

A …….. , le ……..……..…..…..2023

Signature

AUTORISATION DE DEPLACEMENT

Je soussigné (Père, Mère, Tuteur)……

Autorise mon fils : ……

A effectuer les déplacements en voiture ou en car, avec un dirigeant du club ou un parent accompagnateur de la section de gymnastique des Croisés de Saint-André.

A ……. , le ……..…..2023

Signature