**AUTORISATION PARENTALE / FICHE SANITAIRE / PERSONNE A CONTACTER**

**POUR LES STAGIAIRES MINEURS ET MAJEURS. A APPORTER, REMPLI, LE 1ER JOUR DU STAGE**

**OU A ENVOYER AVANT LE STAGE SUR cr.grandest@fscf.asso.fr**

**Non et prénom du stagiaire : ……………………………………………………………………………………….**

N° de Sécurité Sociale (indiquer les 15 chiffres) ……………………………………………………………………………

**Le stagiaire est apte à pratiquer toutes les activités sportives prévues au programme.**

**En cas de dispense, certificat médical à fournir obligatoirement**

|  |  |
| --- | --- |
| VACCINATIONS | DATES |
| B.C.G. |  |
| D.T. POLIO |  |
| AUTRES |  |

**Allergies** : précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Régime alimentaire particulier** : ……………………………………………………………………………….

………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………….

**Maladie, soins journaliers** (apporter le nécessaire avec l’ordonnance du médecin) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………..

**Précaution particulière à observer, antécédents pathologiques, autre** :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………..

**Personne à PREVENIR EN CAS D’URGENCE pendant le séjour :**

Nom-Prénom ………………………………………………………………………………. Lien de parenté :………………………….

Téléphone (fixe et/ou portable) : …………………………………………………………………………………………………………

*Pour les mineurs :*

Je soussigné (père, mère, tuteur) :………………………………………………………………………………………………..

autorise mon fils/ma fille, né(e) le : ………………………

-à s’inscrire à la formation AF1 Gym Féminine des 12/13 octobre et 26/27 octobre et 16/17 novembre 2024 à Longwy (54)

- qu’il ou qu’elle peut pratiquer toutes les activités prévues au programme

- 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 de prendre toutes décisions qu’ils jugeront utiles en cas d’urgence.

- d’autre part, je m’engage à rembourser à l’organisateur tous les frais médicaux et annexes qui auraient été avancés pour mon enfant.

Tel Père : portable …………………………………………………………..…. / travail : ...............................................

Tel Mère :……………………………………………………….…………………../ travail : ………………………………………..…….

Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t ’il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc… précisez :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………..

Date ……………………………………… Signature :