

AUTORISATION MÉDICALE

Je, soussigné, autorise les entraîneurs du Club de gymnastique les Djinn, en cas d'urgence ou dans l'impossibilité de me rejoindre, à prendre les décisions qui s'imposent, dans le cas d'une urgence médicale, chirurgicale ou dentaire concernant le gymnaste :

Nom du gymnaste : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

assurance maladie: _____ expiration : _____

Nom de la mère : _____ Tél. (rés.) : _____
Tél. (travail) : _____

Nom du père : _____ Tél. (rés.) : _____
Tél.(travail) : _____

Autre personne à contacter en cas d'urgence :
Nom : _____ Tél. : _____
Lien avec l'enfant : _____

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé particuliers (allergies, asthme, blessures anciennes, etc.) ?

Signature du parent: _____ Date : _____
