



ANGR NIORT
12 Rue Joseph Cugnot
79000 NIORT
angrniort@gmail.com



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 »)