



## AUTORISATION PARENTALE – Fiche d'Urgence

### Saison 2020/2021

A envoyer par email au Comité Départemental : [cd.pyrenees-atlantiques@ffgym.com](mailto:cd.pyrenees-atlantiques@ffgym.com) ou via le **formulaire d'inscriptions** et à remettre au responsable complétée et signée lors de l'ouverture du stage dans le cas où aucune attestation n'aurait déjà été fournie au cours de la saison 2020/2021.

Je soussigné/nous soussignés, .....

Agissant en qualité de représentant/s légal/aux de l'enfant mineur :

Nom, Prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ N° de licence (13 chiffres) : \_\_\_\_\_

- l'autorise/l'autorisons à participer, tout au long de la saison sportive **2020-2021**, aux stages et/ou compétitions et/ou sélections sur convocation du Comité Départemental des Pyrénées-Atlantiques de Gymnastique - FFG ainsi qu'à, le cas échéant, toutes activités touristiques, culturelles, de loisirs et sportives organisées par le Comité Départemental des Pyrénées-Atlantiques de Gymnastique - FFG dans le cadre des dits stages et/ou compétitions, **sous la responsabilité de cadres majeurs.**

En cas d'accident, les responsables du Comité Départemental des Pyrénées-Atlantiques de Gymnastique – FFG s'efforcent de prévenir la famille dans les plus brefs délais.

- j'accepte/ nous acceptons que mon/notre enfant ..... soit hospitalisé/e en cas d'urgence et

- j'autorise/nous autorisons les responsables du Comité Départemental des Pyrénées-Atlantiques de Gymnastique – FFG à prendre toutes les dispositions nécessaires à cet effet

- j'atteste que le respect de l'ensemble des mesures mises en place amoindrit significativement le risque de contamination par le coronavirus sans garantir de risque nul

- je m'engage à respecter les gestes barrières, la distanciation physique et à prévenir immédiatement en cas d'apparitions de symptômes compatible avec une infection à COVID.

Les responsables du Comité Départemental des Pyrénées-Atlantiques de Gymnastique – FFG remettront le présent document au personnel de santé qui prendra en charge mon/notre 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 précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »