



## **AUTORISATION PARENTALE MEDICALE** **ANNEE GYMNIQUE 2023/2024**

A titre de parent ou de tuteur,  
je soussigné(e).....  
Autorise les membres du Club "SALESIENNE GYMNASTIQUE" à prodiguer les premiers  
soins qui pourraient être requis, et s'ils le jugent nécessaire, à faire transporter l'enfant  
..... sous ma responsabilité dans un  
établissement hospitalier ou de santé communautaire le plus proche du lieu d'entraînement  
(Gymnase de la Salésienne, des Glaisins ou des Romains tous à Annecy) et ce pour  
l'année gymnique 2023/2024.

J'autorise si besoin, l'anesthésie générale : OUI – NON

L'enfant a-t-il/elle des allergies alimentaires : OUI – NON

Si oui, lesquelles : .....

L'enfant a-t-il/elle des allergies médicamenteuses : OUI – NON

Si oui, lesquelles : .....

L'enfant a-t-il/elle un traitement médical long et/ou en cours : OUI – NON

Si oui, lequel : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence (indiquer le lien de parenté)

Tél. Portable :

Tél. fixe ou professionnel :

DATE

SIGNATURE