**DECHARGE PARENTALE « DEPLACEMENTS »**

**à rendre avant le départ et à télécharger signée dans votre espace personnel**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur ....................................................................................................

 agissant en qualité de Père / Mère / Tuteur Légal *(barrez la mention inutile)* du gymnaste

 …………………………………………………………………..………………………….………………. né(e) le …… / …… / ………

Demeurant ...........................................................................................................................................

🞏 autorise à ce que mon enfantl soit transporté dans les véhicules personnels des accompagnateurs bénévoles/entraîneurs ou les véhicules mis à la disposition du club de l’ALBONAISE par une prestation extérieure lors des déplacements pour toutes les compétitions et stages organisés durant la saison sportive 2024-2025

🞏 autorise les accompagnateurs/entraîneurs du club à prendre toutes mesures utiles en cas d’urgence (transport, admission en centre hospitalier, anesthésie locale ou générale) et déclare que cette autorisation est valable pour toute la durée de la prise en charge lors des déplacements, transport compris.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RENSEIGNEMENTS**

**(Indispensables en cas d'hospitalisation ou accident)**

***Vos* *coordonnées***

Téléphone 1 : ........................................................ Téléphone 2 : ......................................................

Numéro de sécurité sociale : ......................................... Nom et prénom de l'assuré : .........................

***Médecin traitant de l’enfant ou mon médecin traitant (barrez la mention inutile)***

Nom : ........................................................................ Téléphone : ..........................................................

Adresse : .................................................................................................................................................

***Votre enfant ou vous-même avez un contrat d’assistance (Europe Assistance ou autre)***

 🞏 Oui 🞏 Non

Si OUI lequel ? ........................................................................................................................................

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE PROBLEME**

Nom : ........................................................................ Prénom : ..............................................................

Adresse : ......................................................................................................................................................

Téléphone 1 : ........................................................ Téléphone 2 : ......................................................

En qualité de Père / Mère I Tuteur Légal (barrez la mention inutile)

Fait à ..................................................., le ......./......./..........

Signatures précédées de la mention « Lu et approuvé »