



Secrétariat  
ATRIUM – Pôle Tertiaire d'Activités  
37 avenue de Gramont – 03200 VICHY  
Tel : 04 70 31 85 59  
Courriel :  
secretariat.comite@auvergnenatation.fr  
Site Internet  
http://www.auvergne.ffnatation.fr

# STAGE REGIONAL AUTORISATION PARENTALE

Dates : .....

Lieu : .....

Je soussigné (e) Père, Mère ou Tuteur (Nom).....

De : NOM.....PRENOM.....

Née le..... déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche et :

- Autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales ....) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant
- Autorise les cadres à faire soigner mon enfant en cas de nécessité ;
- Autorise mon enfant participer aux activités et/ou sorties éventuelles proposées par les cadres ;

Fait à ....., le .....

Signature :

## **PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

NOM : ..... PRENOM.....

ADRESSE.....

TELEPHONE : .....

Numéro de Sécurité Sociale sous lequel l'enfant est pris en charge :.....

Allergies : (Si oui, à quoi ?)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....