FEDERATION FRANÇAISE DE NATATION

COMITE DU PDD
Commission «Natation Course»

COMITE DEPARTEMENTAL DU PUY DE DOME
11 Rue des Saulées
63400 Chamalières
Mail :ffn-63@wanadoo.fr

STAGE DEPARTEMENTAL
AUTORISATION PARENTALE

Dates : 15 AU 21 AVRIL 2012

Lieu :ANTIBES...

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 sorites 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 ?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....