



STAGE REGIONAL RUNNING
GAP BAYARD CENTRE OXYGENATION
30 OCTOBRE – 3 NOVEMBRE 2023

AUTORISATION PARENTALE pour les mineurs

DOCUMENT A IMPRIMER ET A REDONNER LE PREMIER JOUR DU STAGE

Je soussigné(e) NOM : Prénom

Agissant en qualité de : Père, Mère, Tuteur (trice) (1)

• De l'athlète : NOM : Prénom

1. autorise mon enfant à participer à toutes les activités du stage,
2. autorise le directeur de stage à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant,
3. autorise un des membres de l'encadrement à transporter mon enfant dans son véhicule personnel en cas de nécessité,
4. interdit formellement à mon enfant de s'absenter du centre ou de quitter le groupe sans autorisation,
5. m'engage à venir chercher mon enfant en cas d'exclusion pour non respect des règles de vie.
6. Téléphone(s) en cas d'urgence :

Fait à le

Signature :
(obligatoire)

Signature de l'athlète :
(obligatoire)

(1) rayer les mentions inutiles

En cas de contre indication médicale, merci d'en informer au préalable le directeur de stage.