AUTORISATION PARENTALE
ATELIERS ET STAGES SPORTIFS
VILLE DE NIMES
DIRECTION DES SPORTS
SERVICE ANIMATION / COORDINATION

° Je soussigné(e) :_____
° En qualité de : Père O Mère O Tuteur Légal O *(cocher le rond correspondant)*

° NOM de l'Enfant : _____Prénom_____

° Demeurant à : _____

_____

° **AUTORISE** O ou **N'AUTORISE PAS** O *(cocher le rond correspondant)*
- Le responsable du Stage Sportif Ville de Nîmes à prendre la décision d'autoriser le transfert de l'Enfant à l'Hôpital par un Service d'Urgence.

° **AUTORISE** O ou **N'AUTORISE PAS** O *(cocher le rond correspondant)*
- l'Hospitalisation de l'Enfant pour une intervention médicale, chirurgicale, y compris avec anesthésie
- les soins non médicaux et non médicamenteux

° Demande à être préalablement informé(e) de toutes décisions prises ci-dessus
- **OUI** O ou **NON** O *(cocher le rond correspondant)*

° Atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins D.T.P.- **OUI** O ou **NON** O *(cocher le rond correspondant)*

° Coordonnées des Personnes à joindre en cas d'urgence : *(précisez domicile – travail – autres)*

M/Mme : _____TEL :_____

M/Mme : _____TEL :_____

M/Mme : _____TEL :_____

° Renseignements indispensables :

* Nom / Prénom de l'Assuré(e) Social : _____

* N° Sécurité Sociale : _____

* Adresse Centre Sécurité Sociale : _____

_____

* Nom / Réf. Mutuelle Complémentaire : _____

_____

* Nom/Adresse Cie Assurance : _____

_____

* N° de Police ou Contrat : _____

* Nom et Téléphone du Médecin Traitant : _____ TEL : _____

* Contre-indications médicales : _____

Fait à : _____
Le : _____

Signature du ou des Représentants légaux
précédées de la mention : « lu et approuvé »
Merci de renseigner toutes les rubriques