ATTESTATION PARENTALE

Questionnaire de santé conforme oui non

GYMNASTE

Nom, Prénom : ……

Date de naissance :……

Tel :…… Mail :……

Section : Kiddies GAF GAM GR GAc

(Entourer la section choisie)

PARENTS

Père Mère Tuteur : *(Entourer la mention utile)*

NOM :……

Prénom :……

Tel :……

Adresse :……

……..……

Père Mère Tuteur :

NOM :……

Prénom :……

Tel :……

Adresse *(Si différente)* :……

……..

Mail(s) de contact :……

Père, Mère, Tuteur *(Entourer la mention utile)*

J'autorise / nous autorisons le Club GYM et RYTHME CROLLES à prendre toutes les mesures qui s'imposent **en cas d'accident.**

Personne à prévenir en cas d'accident autre que parents :

NOM : Téléphone :

Médecin traitant :

NOM : Téléphone :

Indications médicales nécessitant d'être portées à notre connaissance :

J'autorise la publication sur le site Internet et la page Facebook de GYM & RYTHME CROLLES, des photos représentant mon enfant, prises au cours des entraînements, compétitions, stages ou autres manifestations organisées par le club : Oui Non

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de Gym et Rythme Crolles et en accepte les termes.

Fait à Crolles le . . . . . Signature :