



AUTORISATION PARENTALE

pour les mineurs (es)

Je soussigné(e) Nom, Prénom.....

agissant en qualité de * : père mère tuteur tutrice

autorise Nom, Prénom.....

à pratiquer les cours de zumba ou de gymnastique proposés par l'ASCB Gym.

J'autorise les responsables à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence (soins divers, hospitalisations.etc...) dans les plus brefs délais.

Personne (s) à contacter en cas d'urgence :

☎ fixe : __/__/__/__/__ / ☎ portable : __/__/__/__/__ / ☎ bureau : __/__/__/__/__ /

Précautions à prendre sur le plan médical : traitement particulier, allergie à certains médicaments etc....

Autres informations utiles:.....

En cas de déplacement, je donne mon accord pour tous moyens de transport retenus *:

oui non

Autorisation de publication éventuelle de photos de mon enfant *:

➤ dans la presse : oui non

➤ sur le site internet de l'ASCB oui non

Je reconnais avoir reçu le règlement intérieur de l'ASCB Gymnastique

Fait à.....le.....

Signature

**cocher votre choix*

Les données recueillies sur cette fiche d'inscription sont utilisées à des fins administratives et ne seront divulguées à aucun organisme tiers. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (art.34 de la loi "informatique et Libertés" du 6 janvier 78.

Pour l'exercer, vous devez vous adresser à ascbgym@gmail.com