

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*