**AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS**

Cadre réservé au Comité Régional Occitanie de Gymnastique

**Intitulé de l’action : ………………………………………………………..**

**Date(s) : ………………………………………………………………………….**

**Lieu : ……..……………………………………………………………………….**

Je soussigné/nous soussignés,………………………………………………………………………………………………………………………………..

Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de l’enfant mineur :

Nom, Prénom : … …

Date de naissance : - -/- -/- - - -

N° de sécurité sociale : …………………………………………………………..

N° de licence (13 chiffres) : ……………………………………………………………. Club : ………………………………………………………………………………

Mutuelle : nom, adresse et téléphone :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

autorise/autorisons notre enfant à participer à l’action organisée par le Comité Régional Occitanie de Gymnastique, ainsi qu’à, le cas échéant, toutes activités touristiques, culturelles, sportives et de loisirs proposées dans le cadre de cette rencontre régionale, sous la responsabilité des cadres majeurs.

**1/ En cas d’accident**

Les responsables régionaux, s’efforcent de prévenir la famille dans les plus brefs délais.

J’accepte/nous acceptons que mon/notre enfant………………………………………………………………………………………………………………….. soit hospitalisé(e) en cas d’urgence et,

j’autorise/nous autorisons les responsables régionaux à prendre toutes les dispositions nécessaires à cet effet.

Les responsables régionaux remettront le présent document au personnel de santé qui prendra en charge mon/notre enfant.

Coordonnées des personnes à prévenir en cas d’accident :

N° de téléphone du domicile des parents : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

N° de téléphone du travail de la mère : ………………………………………………………….N° de mobile : …………………………………………………

N° de téléphone du travail du père : ………………………………………………………….…. N° de mobile : ……..………………………………………….

Nom et N° de téléphone d’une personne susceptible de prévenir les parents rapidement :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**2/ Déplacements**

Monsieur et Madame ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

autorisent le responsable et les autres cadres à transporter mon enfant lors des déplacements prévus pendant l’action.

(Ex : Gymnase – Hôtel – Restaurant).

**3/ Règlement intérieur pour les mineurs (Protection des mineurs : Ministère SJS)**

- Les appareils ou jeux vidéo ayant en plus une connexion internet ne peuvent être utilisés dans le cadre des actions régionales (seuls les téléphones portables avec une connexion ordinaire sont acceptés).

- Les cigarettes et l’alcool sont strictement interdits.

- Les horaires devront être respectés.

- Interdiction de sortir du gymnase, de la salle de formation ou du lieu d’hébergement sans la permission du responsable.

Tout manquement à ces dispositions sera sanctionné par un appel aux parents et suivi par un retour immédiat au domicile.

En signant cette autorisation, les parents s’engagent à respecter et à faire respecter ces dispositions.

Fait à ………………………………………………

Le …………………………………………………..

Monsieur et Madame …………………………………………………………………. Le mineur : ……………………………………………………………….

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature : Signature :

Autorisation parentale et fiche sanitaire de liaison sont à remettre obligatoirement au responsable.

Attention, la personne mineure ne sera pas acceptée sans ce document signé et dûment complété.