



Autorisation parentale
détection GAF-TR-GAM-GAC
SAISON 2026-2027

Je soussigné(e) Nom : Prénom:

Autorise **ma fille / mon fils*** :

Nom: Prénom:

Date de naissance :/...../.....

Club : N°Licence :

- à participer aux regroupements du collectif détection **GAF/GAM/TR/GAC** ☐ Oui ☐ Non
- à être pris en photos/vidéos et que celles-ci soient publiées sur les réseaux du CD57 GYM (site internet, page Facebook, chaîne youtube, compte instagram, newsletter)* ☐ Oui ☐ Non

*rayer la mention inutile

J'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ☐ Oui ☐ Non

N° de sécurité sociale:

Nom et N° de mutuelle:

Personne à prévenir en cas d'urgence:

Nom: Prénom:

Qualité:

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

Ou à défaut:

Nom: Prénom:

Qualité:

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

A..... Le:

Signature: