

Formation B.A.F.A.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, **M., Mme**

(mère, père, responsable légal de l'enfant) **autorise :**

- **Mon enfant**

à participer au stage BAFA organisé par la F.S.G.T qui se déroulera
du _____ au _____ à _____

En cas d'accident, le responsable du stage s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.

Contact : _____

Contact 2 : _____

J'autorise tout médecin responsable, le cas échéant, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Par ailleurs, je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et frais annexes dont l'avance aurait été faite.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance du responsable de stage (allergies, traitements en cours, autres ...).

Joindre une photocopie de la carte de SS et de Mutuelle

Mention manuscrite « **Lu et approuvé** »

Signature du responsable légal :

**Fédération Sportive et Gymnique du Travail
Comité Régional - Secteur Formation**

**20 Avenue St Roch – B.P. 117 – 59302 VALENCIENNES CEDEX
Tél : 03.27.47.96.55 – Fax : 03.27.47.35.88 – Mail : fsgt59@wanadoo.fr**