

## ADOLESCENTS 16-17 ANS COURS GYM ADULTES

### AUTORISATION PARENTALE ET DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Saison : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) M., Mme \_\_\_\_\_ Père, Mère, Tuteur légal (\*)

Autorise mon enfant mineur : **Nom** : \_\_\_\_\_ **Prénom** : \_\_\_\_\_

**Date de naissance** : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Âge : \_\_\_\_ ans)

**Portable jeune** : \_\_\_\_\_

**Portable parent** : \_\_\_\_\_

À participer aux activités sportives organisées par l'association **VITA'GYM & SPORT NATURE**, aux côtés d'adultes, dans le cadre des séances ou événements encadrés par l'association.

#### ► Je reconnais avoir été informé(e) :

- que la pratique se déroule sous la responsabilité d'encadrants qualifiés de l'association ;
- que toutes les mesures de sécurité seront mises en œuvre pendant les séances ;
- que mon enfant peut être amené à pratiquer avec un public adulte, dans un cadre bienveillant, sportif et sécurisé.
- que mon enfant et moi-même avons pris connaissance du règlement intérieur de l'association et y adhérons. Je suis informé(e) qu'il m'appartient de souscrire personnellement une assurance maladie/accident et responsabilité civile renforcée, couvrant la pratique de sport ou activités sportives, au sein d'un club ou association sportive.

#### ► Je dégage :

**Les animatrices, les encadrants, les co-présidentes ainsi que les membres du Conseil d'Administration de l'association** de toute responsabilité lors des séances de gymnastique de l'année 2025-2026 ainsi que lors des trajets pour se rendre et revenir des séances de gymnastique. Je renonce à faire valoir toute revendication, de quelque nature qu'elle soit, auprès de l'association et de ses membres. Ceci concerne en particulier les cas d'accident, blessure, vol, dégâts sur les biens personnels ou autres se produisant lors de ma participation aux séances de gymnastique nommées ci-avant.

Je précise que :

Mon enfant **est autorisé à rentrer seul à son domicile** après l'activité.

Mon enfant **sera récupéré par** : M., Mme \_\_\_\_\_

#### ► Informations médicales :

- Mon enfant a reçu tous les vaccins, à l'exception de : \_\_\_\_\_
- Mon enfant est allergique au(x) médicament(s)/substance(s) suivant(s) : \_\_\_\_\_
- Autres informations utiles à connaître (asthme, traitements, blessures, etc.) : \_\_\_\_\_

#### ► En cas d'urgence, prévenir (par ordre de priorité) :

1. M., Mme \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

2. M., Mme \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

En cas d'impossibilité de les joindre, j'autorise un responsable de l'association à contacter les **services d'urgence (SAMU ou Pompiers)** et à faire transporter mon enfant vers l'un des établissements suivants :

Hôpital de Versailles(\*)  Hôpital de Poissy(\*)  Autre(\*) : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du représentant légal, précédée de la mention "lu et approuvé" :