**Nom – Prénom :**

**Date de naissance ou catégorie :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**N°Sécurité Sociale :**

**Assurance :**

**N°Responsabilité Civile :**

**Allergie/Régime Alimentaire :**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Autorisation Parentale :**

 Je soussigné(e) tuteur légal de

autorise l’encadrement à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé et si besoin nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale.

 Signature :