

**FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Groupe Détection 2009/2010**

Photo d'identité  
récente

Fiche à remettre au responsable du Pôle le premier jour du 1<sup>er</sup> stage.

**Identité Athlète**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de Naissance : ..... / ..... / ..... Lieu : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Tél. Port. Athlète : ..... Email de l'athlète : .....

**Renseignements Parents**

PERE : Nom- Prénom : .....  
 Email : ..... Tél. : .....  
 Profession : .....

MERE: Nom- Prénom : .....  
 Email : ..... Tél. : .....  
 Profession : .....

Responsable  
Légal\*



\* Cocher la case correspondante

**Renseignements Gymniques**

N° de Licence 2009/2010 : .....  
 Nom du Club : .....  
 Nom Prénom de l'Entraîneur : .....  
 Adresse Postale : .....  
 .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Tél. Dom. : ..... Tél. Port. : ..... Email : .....

**ENTRAÎNEMENT DE L'ATHLETE :**

Nbre de séance / semaine : ..... Nbre d'heure(s) / semaine : .....  
 Quels sont les points forts de l'athlète : .....  
 .....  
 Quels sont les lacunes de l'athlète : .....  
 .....

**AUTORISATION PARENTALE  
DECHARGE DE RESPONSABILITE (Pôle Aix-les-Bains)**

Je soussigné/nous soussignés : .....  
agissant en qualité de représentant/s légal/aux de l'enfant mineur .....

Nom, Prénom : .....  
Date de naissance : .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° de licence (13 chiffres) : .....

Mutuelle : nom, adresse et téléphone: .....

.....  
- l'autorise/l'autorisons à participer aux stages organisés en 2009/2010 par le Pôle de  
Gymnastique Aérobie d'Aix-les-Bains ainsi qu'à toutes les activités extra gymniques qui  
seront proposées par les responsables pendant ceux-ci.

- accepte/acceptons que mon/notre enfant ..... soit  
hospitalisé/e en cas d'urgence

- autorise/autorisons le responsable du stage à prendre toutes les dispositions nécessaires.

- autorise/autorisons également le chirurgien en cas d'urgence, à pratiquer:

- tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement d'un diagnostic, - toute  
intervention médicale,

- toute intervention chirurgicale y compris avec phase anesthésie/réanimation que  
nécessiterait l'état de santé de mon/notre enfant.

et demande/demandons que mon/notre médecin traitant en soit informé, le Docteur  
..... Adresse .....

Fait à ..... le

Signature précédée de la mention manuscrite: "lu et approuvé"

**Personne à prévenir en cas d'accident :** .....

Tél. domicile ..... Tél travail .....

Adresse .....