



**AUTORISATION PARENTALE
 POUR LA PRATIQUE DU CYCLOTOURISME EN CLUB**

Je, soussigné(e) ⁽¹⁾

Nom :Prénom :

Demeurant :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. professionnel :

Autorise ⁽²⁾

NomPrénom.....

à participer aux activités organisées par le club sous la responsabilité de son président ou d'un encadrement compétent mis en place par le président (initiateur, moniteur, adulte expérimenté) et dans le respect de la réglementation en vigueur. En aucun cas l'enfant pratiquera les activités seul.

Recommandations des parents (médicales ou autres)

L'enfant suit-il un traitement particulier ? Oui Non
 Si oui, joindre la prescription médicale à la fiche sanitaire.

Je, soussigné(e) ⁽¹⁾ :

Nom.....Prénom.....

Père, mère ou tuteur légal, autorise le responsable de l'encadrement ⁽³⁾ :

ABRAN Christian, responsable de l'école ou son adjoint PARIZE Alain à prendre toutes dispositions concernant les soins d'urgence ou l'hospitalisation, sur avis médical, concernant le jeune⁽²⁾ :

Nom.....Prénom

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur concernant les activités pratiquées au sein du club.

Fait àle.....

Signature,

(Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

(1) Nom, prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal,
 (2) Nom, prénom de l'enfant
 (3) Rayer les mentions inutiles

