



**AUTORISATION PARENTALE
PRATIQUE DU CYCLOTOURISME EN CLUB**

Nom du club cyclotourisme : **CYCLO CLUB DES MONTS DE PLASNE**

Je, soussigné(e) (1)

Nom : Prénom :

Demeurant :
.....

Tél. domicile : Tél. professionnel :

Autorise (2)

Nom : Prénom :

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 (adulte expérimenté, animateur, initiateur, moniteur) et dans le respect de la réglementation en vigueur. J'autorise également une personne adhérente au club à transporter en voiture mon enfant lors d'une sortie extérieure.

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.

Je, soussigné(e) (1):

Nom : Prénom :

Père, mère ou tuteur légal, autorise le responsable de l'encadrement, **Mr RAFFANEL 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 à : Le

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

