

AUTORISATION PARENTALE PRATIQUE DU CYCLOTOURISME EN CLUB

Nom du club cyclotouriste : LES CYCLOTOURISTES POITEVINS

N° FFCT : 00160

Je soussigné(e) (1)

Nom : Prénom :

Demeurant :

Code postal : Ville :

Tél. fixe : Tél. portable : Tél professionnel :

Autorise (2)

Nom : Prénom :

- à participer aux activités organisées par le club LES CYCLOTOURISTES POITEVINS sous la responsabilité de son Président ou d'un adulte expérimenté et dans le respect de la réglementation en vigueur,
- à rentrer seul à son domicile à l'issue des sorties.

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 les responsables 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, je m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant et j'accepte 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