

Autorisation parentale

NOM DE L'ENFANT : PRÉNOM :
NUMÉRO DE LICENCE :

Je soussigné (1) : père ou tuteur légal (4)
Demeurant (2) :

Tél. personnel : portable : courriel :

Je soussignée(1) : mère ou tutrice légale (4)

Demeurant (2) :

Tél. personnel : portable : Courriel :

Autorise le ou la jeune (3) : à pratiquer le cyclotourisme au sein de l'école de cyclotourisme de l'Avenir Cyclo Chauraisien dont le siège est situé : 30 rue des Églantiers 79180 CHAURAY.

- Autorise, n'autorise pas (4) le ou la jeune (3) à repartir seul(e) durant les activités de l'école de cyclotourisme ou à la fin de celles-ci.
- Autorise, n'autorise pas (4) les initiateurs, leurs délégués et d'autres parents à transporter mon enfant en véhicule personnel, dans le cadre de l'activité de l'école de cyclotourisme.
- Autorise, n'autorise pas (4) les initiateurs, leurs délégués à photographier ou filmer mon enfant pendant les activités de l'école du club et accepte que le club Avenir Cyclo Chauraisien utilise des photos de mon enfant sur le site de l'association et lors des communiqués de presse.
- Autorise Mr BARBARIN Vincent, les moniteurs ou initiateurs participant à la sortie de l'école cyclo du club l'Avenir Cyclo Chauraisien, à prendre toutes décisions concernant les soins d'urgence, l'hospitalisation qui aventureraient urgentes, sur avis médical, concernant l'enfant (3) : lors des activités organisées par le club cyclo.
- Certifie avoir répondu « non » à toutes les questions du document Cerfa 15699 (QS sport), et assume les réponses à celui-ci. (Seulement si le certificat a déjà été fourni et de moins de 5 ans).
- Certifie avoir pris connaissance du contrat d'assurance Allianz de la fédération et l'accepter

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : Prénom :

Né(e) le : N° SS :

Mutuelle : N° :

Assurance couvrant l'enfant : N° de police :

N° allocataire CAF :

Groupe sanguin : Date dernier rappel antitétanique :

Souffre-t-il (elle) de : *Traitement actuel* *Traitement d'urgence* :

Tétanie : Oui Non (4)

Asthme : Oui Non (4)

Hémophilie : Oui Non (4)

Épilepsie : Oui Non (4)

Diabète : Oui Non (4)

Autres : Oui Non (4)

Allergie ou intolérances : Lesquelles ? : *Traitement d'urgence* :

Alimentaires

Médicamenteuses :

Pollen, abeilles, guêpes, etc

Médecin traitant : NOM : Tél :

Adresse :

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant et j'accepte le règlement en vigueur au sein de l'école cyclo du club l'Avenir Cyclo Chauraisien.

Fait à : Le : SIGNATURE OBLIGATOIRE des 2 parents