

## Autorisation parentale

Je soussigné (1) .....  
 demeurant (2) .....  
 Téléphone personnel ..... Téléphone professionnel .....  
**autorise** le ou la jeune (3) .....  
**à pratiquer le cyclotourisme** au sein du Club .....  
 dont le siège se situe .....

Je soussigné (1) .....  
 père, mère ou tuteur légal, autorise M. ....  
 président du club .....  
 ou ses délégués responsable du club .....  
**à prendre toute décision concernant** les soins d'urgence,  
 l'hospitalisation, ou à faire pratiquer toutes interventions  
 chirurgicales qui s'avèreraient urgentes, sur avis médical, concernant  
 l'enfant (3) .....  
 lors des activités organisées par le club .....

### Renseignements concernant l'enfant ou l'adulte

NOM et prénom : .....

Date de naissance ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Numéro de Sécurité sociale : .....

Mutuelle : ..... Numéro : .....

Groupe sanguin : ..... Date du dernier rappel antitétanique : .....

Souffrez-vous de :	Traitements actuels	Traitements d'urgence
	Lequel :	Lequel :

Enurésie : non (4) oui .....

Tétanie : non oui .....

Asthme : non oui .....

Hémophilie: non oui .....

Epilepsie : non oui .....

Diabète : non oui .....

Autres : non oui .....

Allergies	Lesquelles ?	Traitements d'urgence
-----------	--------------	-----------------------

alimentaires : .....

médicamenteuses : .....

pollen, abeilles : .....

Intolérances	Lesquelles ?	
--------------	--------------	--

aux aliments : .....

aux médicaments : .....

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, m'engage à signaler toutes modifications concernant mon état de santé ou celui de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur au club de .....

Fait à ..... Le .....

- (1) Nom, prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal
- (2) Adresse complète du père, de la mère, ou du tuteur légal
- (3) Nom et Prénom de l'enfant
- (4) Barrer la mention inutile

Signature

