

Autorisation parentale

Participation à une sortie ou séjour spécifique

de l'école de cyclotourisme

Club de cyclotourisme : *Nouan-Rando* affilié à la FFCT sous le n° : **07341**

Je, soussigné/e¹

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. fixe : Tél. portable :

Autorise le jeune²

Nom : Prénom :

à participer à³

sous la responsabilité du président du club ou d'un encadrement compétent mis en place par le président (animateur-club, initiateur-club, moniteur fédéral) et dans le respect de la réglementation en vigueur.

Recommandations des parents (médicales ou autres)

L'enfant suit-il un traitement particulier à prendre pendant les activités ? oui non

Si oui, merci de joindre une copie de la prescription médicale. Les médicaments éventuels devront être rangés dans une pochette fermée et étiquetée au nom du jeune cyclotouriste.

Je, soussigné(e) père, mère ou tuteur légal, autorise le responsable de *l'école de cyclotourisme de Nouan-Rando* à prendre toutes dispositions concernant les soins d'urgence ou l'hospitalisation, sur avis médical, concernant le jeune cyclotouriste.

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis.

d'avoir un impact sur les activités pratiquées à l'école de cyclotourisme.

J'accepte les règlements en vigueur concernant l'activité à laquelle participera mon enfant.

Fait à : le :

Signature,

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

¹ et prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal.

² Nom et prénom du jeune cyclotouriste.

³ Dénomination, lieu et département de l'activité.