



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

Nom: _____ Prénom : _____

En ma qualité de Père, Mère, Tuteur légal*

*Rayer la mention inutile

Coordonnées complètes :

Autorise _____ (reprendre le nom du responsable ci-dessous),
responsable de la

Cycle Académie 33 du comité de Gironde de Cyclisme, à faire pratiquer toutes interventions médicales ou chirurgicales d'urgence, que le médecin jugera souhaitable sur mon enfant.

Nom de l'enfant :

Prénom :

Personne à prévenir en cas d'urgence (2 personnes) :

Qualité : /

Téléphones (portable si possible) : /

Merci de joindre à ce document une photocopie de votre Carte Vitale et carte d'identité, afin de justifier auprès des personnes compétentes la validité des signatures.

Fait à _____ Le _____

Signature :

Responsable de l'encadrement : Yoann MONRIBOT

DIDIER TIFFON