

## Autorisation parentale

Madame, Monsieur (Nom, Prénom) :

autorise mon (mes) enfant(s) mineur(s) :

NOM :

Prénom :

Prénom :

à participer, au titre de l'année \_\_ \_\_ \_\_ \_\_, aux déplacements et animations organisés par le Comité Départemental de Cyclisme du Finistère.

Je reconnais et j'accepte les risques inhérents à la pratique du cyclisme en compétition et :

donne l'autorisation aux responsables accompagnant le déplacement pour intervenir en cas d'accident et/ou d'intervention médicale ou chirurgicale.

ne donne pas l'autorisation aux responsables accompagnant le déplacement pour intervenir en cas d'accident et/ou d'intervention médicale ou chirurgicale.

Vous trouverez ci-joint mes coordonnées afin de pouvoir me contacter en urgence :

Téléphone domicile : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

N° et Nom de mutuelle : \_\_\_\_\_

Contre-indication médicale (allergies...) :

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, à .....

Lu et approuvé  
Signature des parents