



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

AUTORISATION PARENTALE PRATIQUE DU CYCLOTOURISME EN CLUB

Nom du club cyclotouriste

N° fédéral

Je, soussigné(e) **(1)**

Nom

Prénom

Adresse

CP

Ville

Tél. domicile

Tél. portable

Autorise **(2)**

Nom

Prénom

Date de naissance

à participer aux activités organisées par le club sous la responsabilité de son président ou d'un encadrement compétent mis en place par le président (adulte expérimenté, animateur, initiateur, moniteur) et dans le respect de la réglementation en vigueur. **En aucun cas l'enfant ne pratiquera les activités seul.**

RECOMMANDATIONS DES PARENTS (MÉDICALES OU AUTRES)

Je, soussigné(e) **(1)**

Nom

Prénom

Père, mère ou tuteur légal, autorise le responsable du groupe à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur concernant les activités pratiquées au sein du club.

Fait à

Le

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

(1) Nom, prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal,

(2) Nom, prénom de l'enfant