

## Autorisation Parentale

Nom et adresse de la personne à prévenir en cas d'accident

.....  
.....

N° Téléphone : .....

N° Portable : .....

A remplir pour les personnes âgées de moins de 18 ans à la date d'ouverture du stage/épreuve.  
Nous soussignés, autorisons

NOM .....

PRENOM ..... CLUB ... ..

ADRESSE .....

Groupe Sanguin : .....

Participe au stage du .....

**OUI •**

**NON • (1)**

J'accepte les conséquences des mesures qui pourraient être décidées par le  
responsable des stages/épreuves pour en assurer la discipline.

En cas d'accident : j'autorise – je n'autorise pas (1) le responsable du stage à faire  
pratiquer, après avis d'un médecin, les soins médicaux ou toute intervention qui  
seraient nécessaires sur mon fils – ma fille (1).

Fait à..... Le.....

(Signature des parents, précédée de la mention)

LU et APPROUVE

(à adresser par retour du courrier)  
Comité Départemental de Cyclisme  
69, route des fours à chaux  
16160 – GOND-PONTOUVRE

*(1) rayer la mention inutile*