

USCASA CYCLO VTT AUTORISATION PARENTALE SAISON 2017

PHOTO en Jpeg envoyée par mail

Je soussigné (1) :
demeurant (2) :

.....
téléphone personnel : téléphone portable :

téléphone professionnel :

Adresse email :

autorise le ou la jeune (3)

à pratiquer le cyclotourisme au sein du club de l'USCASA CYCLO VTT

Je soussigné (1)

Père, mère ou tuteur légal, autorise le président du club USCASA CYCLO VTT ou ses délégués

responsable de l'école cyclo, **à prendre toute décision concernant** les soins d'urgence,

L'hospitalisation, ou à faire pratiquer toutes interventions chirurgicales qui s'avèreraient urgentes, sur avis médical, concernant l'enfant (3)

Lors des activités organisées par le club USCASA CYCLO VTT

Renseignements concernant l'enfant

Nom et prénom :

Date de naissance : téléphone :

Adresse :

N° de sécurité sociale : .../.../.../.../.../...../...../.....

Mutuelle : N° :

Groupe sanguin : date du dernier rappel antitétanique

Souffrez-vous de : Traitement actuel Traitement d'urgence

Lequel : lequel :

Enurésie : non (4) oui

Tétanie : non oui

Asthme : non oui

Hémophilie : non oui

Epilepsie : non oui

Diabète : non oui

Autres : non oui

Allergies Lesquelles ? Traitement d'urgence

alimentaires :

médicamenteuses :

pollen, insectes :

Intolérances Lesquelles ?

aux aliments :

aux médicaments :

Nom du médecin traitant :

..... Téléphone :

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant et à accepter les règlements en vigueur au club de l'USCASA CYCLO VTT.

Fait àlesignature précédée de la mention lu et approuvé

(1) : Nom Prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal

(2) : Adresse complète du responsable légal

(3) : Nom Prénom de l'enfant

(4) : Rayer la mention inutile

FFCT ligue de Provence