

Cyclo Club de Saint-Thonan



AUTORISATION PARENTALE



REPRESENTANT(E) LEGAL(E) DE L'ENFANT :

Je soussigné(e)..... autorise (nom et prénom de l'enfant)

Date de naissance /...../..... Sexe M F

Adresse Quartier

Email

A participer aux activités proposées par le Cyclo-Club de Saint THONAN.

Je déclare que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive.

Certificat médical (obligatoire) de non contre-indication a la pratique du cyclisme ou du cyclisme en compétition

J'autorise l'organisateur à prendre toutes les mesures nécessitées par l'état de santé de mon enfant. Je décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident pouvant arriver en dehors des plages horaires des dites activités et en dehors du lieu de la pratique.

Personne à contacter en cas d'urgence avec numéro de téléphone

.....
.....
.....
.....

Je suis expressément informé, et j'autorise, que des images puissent être prises de mon enfant et utilisées ultérieurement pour diffusion par le Club ou des médias partenaires, sur des supports papier, vidéo, web, à des fins promotionnelles de l'association

Oui Non

Renseignements Médicaux

.....

Fait à

Le

Signature :