

AUTORISATION PARENTALE de : Saison : 09/ 2019 – 12/2020

NOM : Prénom :
 Date naissance : Sexe : Garçon Fille
 Discipline : ROUTE V. T. T. LES DEUX



Je/nous soussigné(e)s (NOM, Prénom) :
 Agissant(s) en qualité de (cocher votre/vos choix) : Mère Père Tuteur
 Portable Mère : Portable Père :

- **Autorise mon enfant désigné ci-dessus**
 - ❖ à pratiquer le VTT et/ou vélo de route au sein du CLUB CYCLOTOURISTE VERSAILLES PORCHEFONTAINE (CCVP), dont le siège est situé à : → MAISON DES ASSOCIATIONS, 2bis place de Touraine – 78000 VERSAILLES
 - ❖ à rentrer seul(e) à l'issu des sorties au programme (cocher votre choix) : OUI NON
- **autorise les encadrants du CCVP / parent d'un jeune du club / adulte du club** : à transporter en voiture personnelle, en train, aux (et durant les) organisations prévues au programme, ainsi que son vélo & ses effets personnels, le/la jeune ci-dessus nommé(e).
- **« DONNE POUVOIR » aux encadrants du CCVP :**
 - **Christophe DIVAN (Instructeur), Eric PROT & François DEKKIL (Moniteur), Michel JAEGLE, Renaud DUFAURE, Max CATHALA & Jean-Marc DEU (Initiateur), Rémi CORDIER, Valentin PROT, F-X MORDANT, Quentin CESAIRE, Victor GALMEL, Baptiste LEROUX & Benoît BECEL (Animateur), Aymeric LAURIOZ, Florian DEU, Baptiste GIRAUDON, Paul BAUDINOT & Etienne FERRAND (Initiateur-stagiaire) et Axel GEERTSEN (Animateur-stagiaire) les futurs encadrants diplômés FFVélo :**
 - ❖ pour prendre toute décision, comme: soins d'urgence, hospitalisation... ou à faire pratiquer sur avis médical toutes interventions chirurgicales qui s'avèreraient urgentes, concernant le/la jeune ci-dessus nommé(e).
 - ❖ pour récupérer à l'hôpital ou au cabinet médical, suite à des soins ou une hospitalisation le/la jeune ci-dessus nommé(e).
- **Règlement intérieur & règles de vie du CCVP** : J'atteste sur l'honneur d'avoir, ainsi que mon enfant : reçu un exemplaire par mail/en main propre, lu et accepté le présent règlement (téléchargeable sur site du club www.ccvp.asso.fr)



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT (→ à compléter SVP)

N° de Sécurité Sociale : [] [] [] [] [] [] - [] []
 Mutuelle (nom) : N° :
 Groupe sanguin : Date du dernier rappel antitétanique :

Suit-il un traitement particulier ? (cocher votre choix) : OUI → Si OUI, joindre copie prescription médicale NON

Soufre-t-il de (entourer vos réponses) :

			Traitement actuel	Traitement d'urgence
Tétanie :	NON	OUI		
Asthme :	NON	OUI		
Hémophilie :	NON	OUI		
Epilepsie :	NON	OUI		
Diabète :	NON	OUI		
Autres :	NON	OUI		

Allergies/intolérances :	Lesquelles ?	Traitement d'urgence
Alimentaires :		
Médicamenteuses :		
Pollen, abeilles/acariens :		
Autres :		

Médecin traitant :	NOM, Prénom	Ville du cabinet	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. J'ai également pris connaissance que : 1) les parents doivent vérifier avant de partir le bon état de fonctionnement du vélo (freins, vitesses, pneus, serrage des roues, divers jeux, cintre, direction, éclairage ...) – 2) Les trajets A/R, du point de RDV de l'école cyclo (lieu prédéfini au programme ou modifié par mail/SMS) au domicile familial, sont sous la responsabilité des parents »

Fait à : Le :	Signature, précédé de « lu et approuvé » :
--	---