

AUTORISATION PARENTALE de :

Saison : 09/ 2018 – 12/2019

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

PHOTO
RECENTE

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 de la sortie-club au programme (cocher votre choix) : OUI NON

➤ autorise les encadrants du CCVP OU un parent d'un jeune licencié au club OU un adulte licencié du club : à transporter/emmener 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 (Moniteur), François DEKKIL (Moniteur-stagiaire), Michel JAEGLÉ, Renaud DUFAURE, Max CATHALA & Jean-Marc DEU (Initiateur), Rémi CORDIER, Valentin PROT, F-X MORDANT, Quentin CESAIRE, Victor GALMEL & Benoît BECEL (Animateur), Aymeric LAURIOZ (Animateur-stagiaire) les futurs encadrants diplômés FFCT :

❖ 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

Souffre-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 » :