CYCLOTOURISTES CHAMBERIENS – INSCRIPTION 2017

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e),

NOM .....
Prénom .....

Demeurant (adresse complète)

autorise mon (mes) fils, ma (mes) fille (s) mineur(e)(s) :

NOM : PRENOM :

NOM : PRENOM :

- à être inscrit(es) aux Cyclotouristes Chambériens pour l'année 2017 et à participer aux activités du Club.
- pour ces activités, des conditions concernant le trajet entre domicile et lieu de départ de l'activité, aller et retour, pourront être fixées par l'accompagnateur de l'activité, je m'engage à m'y conformer.
- enfin en cas d'accident ou de problème de santé, j'autorise le responsable présent des Cyclotouristes Chambériens, à prendre les décisions que l'état de mon (mes) enfant(s) nécessiterait, et en particulier (sans que cela soit restrictif), le(s) faire prendre en charge par les Services de secours ou d'assistance médicale, puis par l'Etab|issement de soins adéquat.

- A ce sujet, je fais part de ma préférence éventuelle : (rayer les mentions inutiles)

Etablissement de soins public :
Etablissement privé :
Indifférent

Fait à ....., **le** .....

Signature :

Joindre un certificat médical de non contre-indication à la pratique du Cyclotourisme