



Saison 2014

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e) :

NOM : _____ Prénom : _____

En ma qualité de Père, Mère, Tuteur légal *

** Rayer la mention inutile*

Coordonnées complètes : _____

Autorise le représentant de l'USC CYCLISME (*reprendre le nom du responsable sur la convocation*), Mr _____

encadrant diplômé de la Fédération Française de Cyclisme, à faire pratiquer toutes interventions médicales ou chirurgicales d'urgence, que le médecin jugera souhaitable sur mon enfant.

NOM de l'enfant : _____ Prénom : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Qualité : _____

Téléphones (portable si possible) : _____

Fait à _____, Le _____ 200__

Signature :