USCASA CYCLO VTT
AUTORISATION PARENTALE SAISON 2010/2011

PHOTO

Je soussigné (1) : ……
demeurant (2) : ……..
……
téléphone personnel : ……téléphone portable : ..……..…...
téléphone professionnel : …….
Adresse email :……
autorise le ou la jeune (3)…….…...
à pratiquer le cyclotourisme au sein du club de l'USCASA CYCLO VTT
Je soussigné (1) ……..
Père, mère ou tuteur légal, autorise M. David PASQUINI président du club USCASA CYCLO VTT ou ses délégués responsable de l'école cyclo, **à prendre toute décision concernant** les soins d'urgence,
L'hospitalisation, ou à faire pratiquer toutes interventions chirurgicales qui s'avéreraient urgentes, sur avis médical, concernant l'enfant (3) …….
Lors des activités organisées par le club USCASA CYCLO VTT

Renseignements concernant l'enfant

Nom et prénom : ……..
Date de naissance : ……téléphone : ……
Adresse : ……...
……...
N° de sécurité sociale : ../……/……/……/……/ ……/ ……
Mutuelle : ……...N° : ……..
Groupe sanguin : ……date du dernier rappel antitétanique ……

Souffrez-vous de :	Traitement actuel Lequel :	Traitement d'urgence lequel :
Enurésie : non (4) oui	…….	……..
Tétanie : non oui	…….	…….
Asthme : non oui	…….	…….
Hémophilie : non oui	…….	……
Epilepsie : non oui	…….	……
Diabète : non oui	……...	…….
Autres : non oui	……..	…….

……...

Allergies	Lesquelles ?	Traitement d'urgence
alimentaires :	……	……
médicamenteuses :	……	……...
pollen, insectes :	…….	……

Intolérances	Lesquelles ?
aux aliments :	……..
aux médicaments :	……

Nom du médecin traitant : ……
……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 et à accepter les règlements en vigueur au club de l 'USCASA CYCLO VTT.
Fait à ……le ……signature précédée de la mention lu et approuvé

(1) : Nom Prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal
(2) : Adresse complète du responsable légal
(3) : Nom Prénom de l'enfant
(4) : Rayer la mention inutile