



AUTORISATION PARENTALE

Madame, Monsieurautorise mon (mes) enfant(s) mineurs

NOM..... Prénom.....
NOM..... Prénom.....
NOM..... Prénom.....

A se déplacer avec la sélection du Comité Départemental de Cyclisme du Nord
Et donne l'autorisation aux responsables de l'équipe en cas d'accident ou de maladie, de permettre les soins et les interventions médicales ou chirurgicales nécessaires.

Téléphone des parents :

Portable :

N° de Sécurité Sociale :

N° de Mutuelle :

Contre indication médicale (allergie.....)

Date, Lu et approuvé
Signature des parents