

Je, soussigné (1)

Demeurant à (2).....

Autorise le ou la jeune (3)

à pratiquer le cyclisme au sein du TEAM DORE EVASION, dont le siège est en mairie de Courpière.

Je choisis l'option suivante, valable pour les débuts et fin de séance mais aussi en cas d'absence de l'encadrant ou d'interruption de séance (cocher l'une des deux options) :

- ☐ je m'engage à présenter mon enfant en début d'activité et à le récupérer en fin d'activité (sans retard) à l'endroit communiqué
- ☐ j'autorise mon enfant à se présenter et/ou repartir seul à la fin de l'activité ou si celle-ci est interrompue ☐ au centre 4 Vents
- ☐ Place Jean Payre à Courpière (local du club) ☐ à la gare de Courpière ☐ au lieu de rendez-vous communiqué (rayer les lieux pour lesquels cette autorisation n'est pas valable). Je dégage alors le club et son encadrement de toute responsabilité pendant les déplacements de l'enfant ou en cas de carence du responsable.

Je, soussigné (1) autorise Dany SUAUDEAU, responsable de l'Ecole de Vélo du Team Dore Evasion, et ses délégués, responsables du Club ou intervenants, à prendre toutes décisions concernant les soins d'urgence, l'hospitalisation, ou à faire pratiquer toutes interventions chirurgicales qui s'avèreraient urgentes, sur avis médical, concernant l'enfant (3) lors des activités organisées par le Team Dore Evasion.

Renseignements concernant l'enfant (ils seront demandés par les pompiers ou le SAMU en cas d'urgence) :

Date de naissance Téléphone domicile.....

Tél. portable père Tél. portable mère

Adresse.....

• Numéro de Sécurité Sociale

• Hospitalisations récentes (dates et motifs)

• Traitements médicaux habituels et/ou permanents (lesquels) :

• L'enfant emporte-il son traitement lors de l'activité ? ☐ Oui ☐ Non

• L'enfant est-il autorisé à s'auto-administrer son traitement en cas de nécessité ? ☐ Oui ☐ Non

• Date du dernier rappel antitétanique

• Maladies et antécédent médicaux (lesquels)

• Allergies / intolérances médicamenteuses (lesquelles)

Nom du médecin traitant

Adresse..... Téléphone

Je déclare, sur l'honneur, exacts tous les renseignements fournis, et m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur au Team Dore Evasion.

Fait à Signature,

Le

(1) Nom et prénom du représentant légal

(2) Adresse complète du représentant légal

(3) Nom et prénom de l'enfant

A REMETTRE IMPERATIVEMENT AU MONITEUR LORS DE LA PREMIERE PARTICIPATION DE TOUT ENFANT MINEUR AVEC UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU VTT