**AUTORISATION PARENTALE**

**SAISON 2023-2024**

Nom de la mère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom de la mère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

&

Nom du père : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom du père : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parents ayant l’autorité parentale de l’enfant :

Nom : \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MERE | PERE |
| J’autorise l’adhésion de mon enfant à l’USCC, association loi 1901 affiliée à la FFC et/ou FSGT, pour la pratique du cyclisme en compétition, route, piste, cyclo cross ou vtt dans le respect du règlement intérieur en vigueur cette année et des règlements fédéraux. | □ OUI  □ NON | □ OUI  □ NON |
| Si cela était nécessaire, j’autorise le transfert de mon enfant à l’hôpital par un service d’urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquées, en cas d’urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie. | □OUI  □ NON | □ OUI  □ NON |
| Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et je m’engage à ce que moi et mon enfant le respectons | □ OUI  □ NON | □ OUI  □ NON |
| J’autorise l’’utilisation de photos lors des entrainements et des courses à des fins de communication interne au club et externe (facebook, site internet, article de presse…) | □ OUI  □ NON | □ OUI  □ NON |
| Mon enfant présente :  les allergies alimentaires suivantes\_\_\_\_\_  les allergies médicamenteuses suivantes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  les problèmes de santé suivants \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  les contre-indications suivantes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  sans oublier éventuellement de réactualiser dans l’année. | | |

Fait à Colomiers

Date :\_\_\_\_ \_\_\_

Signature :

Mère bon pour accord Père

PS : la signature de ce document doit intervenir **au plus tard, un mois après ma demande de licence**. Passée cette date, en l’absence, votre enfant ne pourra plus participer aux entrainements.