



Comité Régional d'Ile de France de Cyclisme

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e),

NOM : _____ Prénom : _____

En ma qualité de Père, Mère, Tuteur légal*

*Rayer les mentions inutiles

Coordonnées complètes : _____

Autorise Monsieur _____ (reprendre le nom du responsable sur la convocation), Conseiller Technique Régional d'Ile de France de la Fédération Française de Cyclisme, à faire pratiquer toutes interventions médicales ou chirurgicales d'urgence, que le médecin jugera souhaitables sur mon enfant.

NOM de l'enfant _____ Prénom : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Qualité : _____

Téléphones (portable si possible) : _____

Fait à : _____ le : _____

Signature :

