



AUTORISATION PARENTALE



Je soussigné(e) (représentant légal)

Nom :Prénom

Demeurant

Code postal : Ville :

Tel. Domicile : Tel. Professionnel :

Autorise (enfant mineur)

Nom.....Prénom.....

à participer aux activités organisées par le club sous la responsabilité d'un membre du Comité Directeur ou d'un encadrement compétent mis en place par le Comité Directeur (initiateur, moniteur, adulte expérimenté) et dans le respect de la réglementation en vigueur. En aucun cas l'enfant pratiquera seul les activités organisées par le Club.

Recommandations des parents (médicales ou autres)

L'enfant suit-il un traitement particulier ? Oui non Si oui, joindre la prescription médicale.

Je, soussigné(e) (représentant légal) : Nom.....Prénom.....

Autorise le responsable de l'encadrement, à prendre toutes dispositions concernant les soins d'urgence ou l'hospitalisation, sur avis médical, concernant l'enfant mineur :

Nom.....Prénom.....

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur concernant les activités pratiquées au sein du club.

J'accorde au club BIKES FRANCE, ses représentants et toute personne agissant avec la permission du photographe ou réalisateur, la permission irrévocable de publier toutes les photographies ou les images, ainsi que les vidéos de mon enfant durant son activité sportive.

Fait à le.....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »