

## AUTORISATION PARENTALE

## Randonnée "Les Chemins du Mont"

16 et 17 Mai 2020

Renseignements concernant l'enfant	Nom	Prénom	Date de Naissance	Age	-16ans	-18ans
Je soussigné	Mr	Mme	Nom	Prénom		
(père, mère ou tuteur légal)						
Demeurant à	adresse		Code postal	Ville		
adresse complète						
Téléphone	perso	professionnel				
Autorise mon fils - ma fille	Nom	Prénom	Nom et Prénom de l'enfant			
			<b>à participer à la randonnée VTT les Chemins du Mont 16 et 17 Mai 2020</b>			

**Pour les moins de 16 ans  
Adulte accompagnateur participant à la randonnée**

Nom	Prénom	Téléphone

Je soussigné	Mr	Mme	Nom	Prénom	père, mère ou tuteur légal
Autorise	Mr	---	RAUCOULE	Jean	Président des RCVV et responsable de la randonnée Secrétaire des Chemins du Mont et délégué responsable de la randonnée
Autorise	Mr	---	ROULLIER	Didier	

**À prendre toute décision concernant les soins d'urgence, l'hospitalisation, ou à faire pratiquer toutes interventions chirurgicales qui s'avèreraient urgentes, sur avis médical**

## Renseignements concernant l'adulte responsable (père, mère ou tuteur)

Date de naissance	
N° Sécurité Sociale	
Mutuelle	
N°	

## Renseignements concernant l'enfant

Groupe Sanguin				
Date du dernier rappel antitétanique				
Traitement actuel				
Traitement d'urgence				
Souffrez vous de		OUI	NON	Lesquelles
	Enurésie			---
Tétanie				---
Asthme				---
Hémophilie				---
Epilepsie				---
Diabète				---
Allergies Alimentaires				
Allergies médicamenteuses				
Pollen, Abeilles				
Intolérances aux aliments				
Intolérances aux médicaments				
Nom du médecin traitant				
Adresse				

**Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur pour cette randonnée.**

Fait à  le

Signature, précédée de la mention  
"lu et approuvé"

lu et approuvé      Signature

--	--