

## AUTORISATION PARENTALE

Randonnée "Les Chemins du Mont"

13 et 14 Mai 2023

Renseignements concernant l'enfant	Nom	Prénom	Date de Naissance	Age	-16ans	-18ans
Je soussigné (père, mère ou tuteur légal)	Mr	Mme	Nom	Prénom		
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 13 et 14 Mai 2023</b>			

Pour les moins de 16 ans

Nom Prénom Téléphone

Adulte accompagnateur participant à la randonnée

--	--	--

Je soussigné

Mr Mme Nom Prénom

--	--	--	--

père, mère ou tuteur légal

Autorise

Mr

---

RAUCOULE

Jean

Autorise

Mr

---

ROULLIER

Didier

Président des RCVV et responsable de la randonnée  
Secrétaire des Chemins du Mont et délégué responsable de la randonnée

**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			
	OUI	NON	Lesquelles
Souffrez vous de	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

--	--