

AUTORISATION PARENTALE

Randonnée "Les Chemins du Mont"

17 et 18 Mai 2025

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			
			à participer à la randonnée VTT les Chemins du Mont 17 et 18 Mai 2025			

Pour les moins de 16 ans

Adulte accompagnateur participant à la randonnée

Je soussigné

	Nom	Prénom	Téléphone
	Mr	Mme	Nom
			Prénom
Autorise	Mr	---	RAUCOULE
			Jean
Autorise	Mr	---	ROULLIER
			Didier

père, mère ou tuteur légal

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

--	--

Autorisation parentale 2025.xlsx