

AUTORISATION PARENTALE
La Route d'Eole U19
Dimanche 30 mars 2025

Je soussigné : Nom :

Prénom :

En tant que représentant légal de

Nom : Prénom : Né(e) le

Numéro de sécurité sociale : Groupe sanguin :

Antécédent médicaux et allergie :

Intolérance alimentaire :

Asthme :

Traitement médical :

Information complémentaire :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Email parent 1 : Portable parent 1 :

Email parent 2 : Portable parent 2 :

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Autorise Dominique Marchenay, responsable de la sélection du Comité Départemental de Cyclisme de Seine-et-Marne à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

OUI NON

Fait à le

Signature