

# LA VALETTE CYCLO



319, avenue Louis IMBERT – 83160 La Valette du Var  
Tél : 06 63 85 02 52 – [ecolevtt@lavalettecyclo.fr](mailto:ecolevtt@lavalettecyclo.fr)  
[www.lavalettecyclo.fr](http://www.lavalettecyclo.fr)



## AUTORISATION PARENTALE PRATIQUE DU V.T.T EN CLUB

Nom du Club cyclotouriste : **LA VALETTE CYCLO n° FFCT : 014997**

Je, soussigné(e) (1)

Nom : ..... Prénom : .....

Autorise (2)

Nom : ..... Prénom : .....

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

Recommandations des parents (médicales ou autres)

L'enfant suit-il un traitement particulier ? oui non

Si oui, joindre la prescription médicale.

Autorise (2)

Nom : **Daniel VERHEYDEN, Franck VILLEMAT, Jérôme NOIROT ou tout encadrant diplômé**

à prendre toutes dispositions concernant les soins d'urgence ou l'hospitalisation, sur avis médical, concernant le jeune (2) :

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.

Fait à : ..... le : .....

Signature, (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

- (1) Nom, prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal,
- (2) Nom, prénom de l'enfant
- (3) Nom et prénom du responsable de l'encadrement du club