

**COMITE REGIONAL DE CYCLISME DE NOUVELLE AQUITAINE**

**Additif 2 du R I - AUTORISATION PARENTALE**

Madame, Monsieur .....autorise mon (mes) enfant(s) mineur(s)

Nom .....Prénom .....

né(e) le .....

Nom .....Prénom.....

né(e) le.....

Donne l'autorisation aux responsables de l'Equipe pour intervenir en cas d'accident et d'intervention médicale ou chirurgicale.

Téléphone des Parents : ..... Portable : .....

Caisse et n° de sécurité sociale :.....

Identification et n° de la Mutuelle complémentaire : .....

Contre indication médicale à signaler (allergie) :.....

Date : .....

Lu et approuvé, Signature

**Additif 2 du R I - AUTORISATION PARENTALE**

Madame, Monsieur .....autorise mon (mes) enfant(s) mineur(s)

Nom .....Prénom .....

né(e) le .....

Nom .....Prénom.....

né(e) le.....

Donne l'autorisation aux responsables de l'Equipe pour intervenir en cas d'accident et d'intervention médicale ou chirurgicale.

Téléphone des Parents : ..... Portable : .....

Caisse et n° de sécurité sociale :.....

Identification et n° de la Mutuelle complémentaire : .....

Contre indication médicale à signaler (allergie) :.....

Date : ..... Lu et approuvé, Signature