



## Autorisation parentale

Madame, Monsieur (Nom, Prénom) :

autorise mon (mes) enfant(s) mineur(s) :

NOM :

Prénom :

à participer au déplacement ou à l'animation organisé par le Comité Départemental de Cyclisme du Finistère :

### Stage Détection ROUTE GUIPAVAS | 19 février 2026

Je reconnais et j'accepte les risques inhérents à la pratique du cyclisme et :

donne l'autorisation au responsable du stage présent et accompagnant le déplacement ou le stage pour intervenir en cas d'accident et/ou d'intervention médicale ou chirurgicale.

ne donne pas l'autorisation au responsable accompagnant le déplacement pour intervenir en cas d'accident et/ou d'intervention médicale ou chirurgicale.

Vous trouverez ci-joint mes coordonnées afin de pouvoir me contacter en urgence (à remplir obligatoirement même si réponse négative) :

Téléphone domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° et Nom de mutuelle : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contre-indication médicale (allergies...) :

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , à .....

Lu et approuvé, Signature des parents