



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