



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e), NOM et PRENOM

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : NOM et PRENOM :

Donne tout pouvoir au Responsable de l'encadrement du Comité Départemental Cycliste du Puy-de-Dôme

Monsieur Jean Michel FALGOUX

pour signer à ma place

l'autorisation d'intervention médico-chirurgicale en cas d'urgence.

Fait à Le

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Précédée de la mention manuscrite « LU et APPROUVE »

Indiquer si allergie :