

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS STAGE COMITES 54 / 55
04, 05 et 06 mars 2013 à SAINT MIHIEL**

NOM

Prénom

Date de naissance :

Lieu:

N° de licence et Catégorie:

CLUB :

Nom du Responsable :

Prénom :

Adresse précise :

Adresse mail du stagiaire :

Téléphone

Téléphone des Parents :

ou

Autres personnes pouvant être contactées en cas d'urgence :

Nom

Prénom

téléphone

Nom

Prénom

téléphone

Nom

Prénom

téléphone

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....

Père, mère tuteur légal autorise mon fils / ma fille

A participer au stage organisé par le Comité Départemental de Cyclisme qui aura lieu les
Lundi 4, mardi 5 et mercredi 6 mars 2013 à Saint Mihiel

Je m'engage à rembourser tous les frais supplémentaires occasionnés par le fait de mon
fils / ma fille.

J'autorise les responsables du Comité Départemental de Cyclisme à prendre toute décision
en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de
mon fils / ma fille au cas où les responsables légaux ne pourraient être prévenus.

Je joins la liste des vaccins effectués et les contre indications médicales (allergies...)

Fait à

le

Signature du responsable

Précédé de la mention « lu et approuvé, bon pour autorisation parentale »

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....