

**FICHE INSCRIPTION ET RENSEIGNEMENTS STAGE COMITES 54 / 55  
03, 04 et 05 mars 2014 à SAINT MIHIEL**

NOM ..... Prénom.....

Date de naissance : ..... Lieu: .....

N° de licence : .....Catégorie: .....

CLUB : .....

Nom du Responsable : ..... Prénom : .....

Adresse précise .....

.....

Adresse mail : ..... 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 3, mardi 4 et mercredi 5 mars 2014 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 déci-  
sion 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 FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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**

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