

**CERTIFICAT MÉDICAL
CYCLOSPORTIVES**

n° Identification GT:

Nom : Prénom :
Sexe (M/F) : Date de naissance : / /
Adresse :
Code Postal : Ville :
Pays : Tel : e-mail :

Merci de nous renvoyer ce certificat daté et signé par votre médecin :

Je soussigné(e) Docteur :

certifie que Mr., Mme, Mlle
ne présente aucune contre indication à la pratique du
cyclisme en compétition (cycloSPORTIVES)

Fait à, Le

cachet et signature du médecin sont obligatoires.

AUTORISATION PARENTALE POUR MINEUR

A remplir en complément du bulletin d'inscription et du certificat médical ci dessus, pour tous les mineurs appartenant à la catégorie JUNIORS (17ans).

Je soussigné, M., Mme

Domicilié

Autorise ma fille / mon fils mineur(e), de sexe à participer à l'épreuve cycliste organisée par ACTIONS VELO

J'ai pris note qu'il m'appartenait de souscrire pour mon fils ou ma fille la ou les assurance(s) dommage(s) corporel(s) (et le cas échéant matériel) de mon choix (j'ai rempli à cet effet le bulletin d'inscription comprenant : licence, assurance, certificat médical).

J'autorise l'organisation, en cas d'urgence et de nécessité, à faire examiner et donner les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires en cas d'accident ou d'incidents à mon enfant.

En cas d'urgence, la personne à prévenir est :
n° de tel :

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Date et signature
«Lu et approuvé»