

**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, Melle : _____
est apte à pratiquer des courses cyclosporatives.
Fait à _____ , le _____

cachet et signature du médecin sont obligatoires.

**AUTORISATION PARENTALE POUR MINEUR
CIRCUIT DÉCOUVERTE, GRIMPÉES, RONDES.**

(à remplir en complément du bulletin pour toute inscription de mineur âgé de 14 à 17 ans)

Je soussigné, M., Mme _____

Domicilié _____

Autorise ma fille / mon fils mineur(e) _____, de sexe _____ à participer à l'épreuve cycliste de randonnée organisée par TOP CLUB et SPORT COMMUNICATION.

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»