



AUTORISATION PARENTALE POUR UN PARTICIPANT MINEUR

Je soussigné(e)

Nom et Prénom.....

Agissant en qualité de **Père, Mère ou représentant légal** (rayer mention inutile)

Autorise

Nom et prénom.....

Né(e) le.....

A participer à l'épreuve

Organisée le

à.....

parcours

- *Je donne autorisation de soins à mon enfant en cas de besoins ainsi que le droit à l'image.*
- *Je renonce également dès aujourd'hui à faire valoir, toutes revendications, de quelque nature qu'elles soient, et notamment en cas d'accident, blessure, vol, dégâts sur les biens personnels ou autres, se produisant pendant Le Motz - Chautagne Tour, dans le cadre de la participation de mon enfant à la manifestation.*
- *Je déclare avoir souscrit à cet effet une assurance Responsabilité Civile, et maladie/accident, garantissant mon enfant contre tous sinistres, de quelques natures qu'ils soient, causés à mon enfant ou à des tiers de son fait, et que son*

Motz - Chautagne Tour
(Cyclosportive et Cyclotourisme)



info@motz-chautagnetour.com
motz-chautagnetour.com



contrat d'assurance ne mentionne pas de clause contraire à ce qui a été précédemment déclaré.

- *Je m'engage à faire renoncer mes assureurs à tout recours contre notre organisation.*
- *J'autorise tout médecin à pratiquer ou faire pratiquer toute intervention médicale et/ou chirurgicale en cas d'urgence et/ou à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.*
- *Je reconnais que notre organisation décline toute responsabilité en cas de vol, bris ou perte des biens personnels des participants pendant la course. Il incombe en conséquence à chaque participant, s'il estime nécessaire, de souscrire une assurance.*

Date.....

Signature (Lu et approuvé)

.....

Motz - Chautagne Tour
(Cyclosportive et Cyclotourisme)



info@motz-chautagnetour.com
motz-chautagnetour.com