



**IDENTIFICATION DU CYCLISTE**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Catégorie : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° Ass. maladie : \_\_\_\_\_

**PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Nom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Autre numéro : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Autre numéro : \_\_\_\_\_

**PROFIL DE SANTÉ**

**\*\*\* TRÈS IMPORTANT \*\*\***

L'enfant est-il allergique à certains médicaments ?  Oui  Non  
 Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
 Souffre-t-il d'une maladie sérieuse ?  Asthme  Cardiaque  Diabète  Épilepsie  Autres : \_\_\_\_\_  
 Prend-t-il des médicaments; si oui lesquels? \_\_\_\_\_  
 Porte-t-il des verres de contact?  Oui  Non  
 Toute autre information pertinente : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION D'INTERVENTION EN CAS DE SITUATION D'URGENCE**

Je soussigné, à titre d'autorité parentale ou tuteur de l'enfant dont le nom apparaît à la section « Identification du cycliste » de la présente, déclare ce qui suit :  J'autorise  Je refuse  
 « qu'en cas d'urgence la direction du club cycliste Espoirs Laval ainsi que l'entraîneur et les assistants ayant la charge de mon enfant fassent en sorte que lui soient prodigués tous les soins nécessaires requis par son état de santé. Si ces derniers le jugent nécessaire, ils pourront également autoriser le transport de mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, s'il est impossible de nous joindre en temps opportun, le médecin traitant pourra prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injection, anesthésie, hospitalisation, etc. ».

**VACANCES ET ABSENCES PLANIFIÉES**

Afin de permettre aux entraîneurs de bien gérer les groupes à l'entraînement en période de vacances estivales, veuillez indiquer dans les cases ci-dessous les semaines ou vous prévoyez que votre enfant sera absent. Merci de votre collaboration.

MAI			JUIN				JUILLET				AOÛT				
11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24

**AUTORISATION IMAGES ET PROPOS**

J'autorise  Je refuse

« que le club cycliste Espoirs Laval ou ses représentants photographient ou filment mon enfant dans le cadre de ses activités sportives de cyclisme. Ces extraits et ces images pourraient être utilisées ou publiées sur le site internet du club. »

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date