



**TRAIL DES GLIERES ENFANTS**  
*Dimanche 1er OCTOBRE 2017*

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e) (Prénom Nom) \_\_\_\_\_

Email (obligatoire) \_\_\_\_\_

Tél (obligatoire) \_\_\_\_\_

autorise l'inscription de mon enfant \_\_\_\_\_

à participer à l'épreuve choisie.

J'autorise mon enfant à quitter seul le site après l'épreuve et décharge l'organisateur de toutes responsabilités.

J'autorise la personne citée ci-dessous à récupérer mon enfant à la fin de l'épreuve, et à prendre toutes mesures (y compris hospitalisation, anesthésie et intervention chirurgicale) nécessitées par son état de santé et selon les prescriptions du corps médical consulté.

**Identité de la personne responsable sur site le jour de l'épreuve (si différente des parents) :**

Prénom Nom \_\_\_\_\_

Tél (portable obligatoire) \_\_\_\_\_

Date et signature