



## Comité Départemental de Course d'Orientation de l'Isère

Maison Départementale des Sports  
7 rue de l'Industrie, 38327 EYBENS cedex  
mail : cdco38@free.fr

N° d'enregistrement : 0381015265 - SIRET : 425 370 004 00011



### ECOLE DE C.O MUTUALISEE- CDCO 38 - AUTORISATION PARENTALE 2018 - 2019

**Je soussigné(e)** (nom, prénom) : .....  
demeurant

.....  
en qualité de (entourer) : père - mère - tuteur

1° / **Déclare autoriser mon enfant** (nom, prénom) : .....né  
le : ...../...../..... et adhère à ..... à participer aux séances de l'école de C.O du CDCO 38,  
durant la saison 2018 - 2019 (licences 2018 en cours de validité ou 2019 prise en anticipation avant  
décembre 2018 auprès du club de l'agglomération grenobloise de votre choix).

2° / **Droit à l'image / Déclare que l'équipe dirigeante du CDCO 38 peut utiliser les images de mon enfant**,  
prises pendant les séances de l'école de C.O mutualisée organisée sous l'égide du CDCO 38. A des fins  
d'illustration du site internet du CDCO 38 ou d'actions de promotion de l'école de CO mutualisée organisée  
sous l'égide du CDCO 38 ou de la C.O, conduites directement par le CDCO 38 ou par l'intermédiaire de tiers (presse  
écrite, radio, TV, etc).

**J'autorise** : ..... **Je n'autorise pas** : .....

3° / **Déclare autoriser** les encadrants de l'école de C.O mutualisée organisée sous l'égide du CDCO 38, à faire  
donner tous les soins ou pratiquer toute intervention chirurgicale urgente à mon enfant en cas de nécessité  
constatée par un médecin. En cas d'accident, les responsables de l'école de C.O mutualisée organisée sous  
l'égide du CDCO 38, s'efforceront de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre  
tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

2. N° du travail du père : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_| Poste : .....

3. N° du travail de la mère : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_| Poste : .....

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

#### Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

**Allergies** : Asthme Oui  Non  médicamenteuses Oui  Non   
Alimentaires Oui  Non  Autres :

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (signaler l'automédication) :**

Ecrire "Lu et approuvé" : .....

A ..... , le ..... / ..... / .....

Signature des responsables :

N° de tél du responsable : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

