



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 00029



ECOLE DE C.O MUTUALISEE- CDCO 38 - AUTORISATION PARENTALE 2021 - 2022

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 2021 - 2022 (licences 2021 en cours de validité ou 2021 prise en anticipation avant décembre 2021 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 : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

