

LSA

AUTORISATION PARENTALE TRAILS

Je soussigné(e),

Nom

Prénom

en ma qualité de : mère père représentant légal

autorise l'enfant :

Nom

Prénom

né(e) le

à participer à l'épreuve : Trail 22km

Trail 15km

Trail 7km

de la manifestation « Les Sentiers d'Allonne » du 25 octobre 2025 qui correspond à son âge.

En cas d'urgence :

- J'autorise tout médecin à pratiquer ou faire pratiquer toute intervention médicale et/ou chirurgicale et/ou à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant

- Je serais joignable par téléphone au n°

Le

Signature

