

Nuit du Cross de Sainte-Colombe

Samedi 13 Septembre 2025

**ATTESTATION DE SANTÉ POUR LES MINEURS**

**Ne PAS joindre le questionnaire de santé**

Je soussigné(e) Mr ou Mme (nom et prénom) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de téléphone auquel je suis joignable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorise le mineur sur lequel j’exerce l’autorité parentale :

(nom et prénom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A ***participer à l’évènement nommé ci-dessus dans les conditions suivantes :***

. J’atteste qu’elle/il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l’ensemble des questions. Si ça n’est pas le cas, je fourni un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique de l’athlétisme en compétition datant de moins de 6 mois à la date de l’épreuve.

*• Je déclare décharger l’organisation de toute responsabilité concernant les blessures et dommages matériels ou corporels occasionnés ou subis par mon enfant, en cas de vol ou de perte de biens ainsi que toute dégradation des sites pouvant lui être imputées ;*

*• J’autorise l’organisation, en cas d’urgence et de nécessité, à faire examiner et donner les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires en cas d’accident ou d’incidents à mon enfant ;*

*• J’ai pris note qu’il m’appartenait de souscrire une assurance Responsabilité Civile, et maladie/accident, garantissant mon enfant contre tous sinistres, de quelques natures qu’ils soient, causés à mon enfant ou à des tiers de son fait, et que son contrat d’assurance ne mentionne pas de clause contraire à ce qui a été précédemment déclaré.*

*• Je déclare qu’un adulte responsable accompagnera mon enfant sur l’intégralité de l’épreuve.*

Fait le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à

Signature de la personne exerçant l’autorité parentale :