

**Fiche d’inscription 2022/2023**

**Club VTT du Mercredi**



Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_](mailto:___________________@_______)

Nom du représentant légal : M / Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession (facultatif) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Règlement : pour 25 séance minimum, Du 14 septembre au 5 Juillet 2023 : 250 euros.**

Chèque (s) : Espèces :

\_\_\_\_\_\_\_€, banque : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_€, date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_€, banque : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_€, date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_€, banque : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_€, date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Santé :**

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mutuelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assurance responsabilité civile **:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(joindre une copie)**

Vaccins à jour : OUI / NON Groupe sanguin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergie(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asthme : OUI / NON

Problèmes articulaires, musculaires : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autre ou complément : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE TÉLÉPHONE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorisation parentale :**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorise mon enfant à participer aux activités (cours, stages, sorties) proposés par BIKE MASTER. J'autorise également BIKE MASTER à véhiculer mon enfant si besoin.

En cas d'accident ou de maladie, j'autorise BIKE MASTER, à faire appel aux transports d'urgences (pompiers, SAMU) afin de diriger mon enfant vers une structure de soins adaptés.

Signature du représentant légal :

**Droit à l'image :**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorise BIKE MASTER à utiliser toutes photos ou vidéo prises lors des activités, dans un but de communication, en France et dans le monde, et cela pour une durée de 3 ans.

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Signature :