

FICHE D'ADHESION 2017-2018

❖ Identité PILOTE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____

○ Si licencié ANNEE PRECEDENTE : N° Plaque : _____

Merci de cocher le(s) créneau(x) après validation d'un entraîneur

Mercredi après-midi		Samedi	
		10h00-12h00 <input type="checkbox"/>	Adultes Hommes & Femmes 1 groupe 7 ans révolus à 10 ans. 3 groupes loisirs 1 groupe Perfectionnement
13h30/14h45 <input type="checkbox"/>	5 à 6 ans et 7 ans débutants. 2 groupes	13h30/14h45 <input type="checkbox"/>	5 à 7 ans débutants. 2 groupes
13h30/15h30 <input type="checkbox"/>	7 ans révolus à 10 ans Perfectionnement 1 groupe	14h00/16h00 <input type="checkbox"/>	11 ans révolus à 15 ans. 1 groupe
15h00/17h00 <input type="checkbox"/>	7 ans révolus à 15 ans. 2 groupes	14h00/16h30 <input type="checkbox"/>	11 ans révolus à 15 ans et + 1 groupe de perfectionnement
15h00/17h00 <input type="checkbox"/>	Groupe compétition 2	15h00/17h00 <input type="checkbox"/>	Groupe compétition 2
15h45/18h15 <input type="checkbox"/>	Groupes compétitions 1	15h00/17h30 <input type="checkbox"/>	Groupe compétition 1

Location du vélo : 1 séance (un trimestre entamé est dû)
 2 séances (un trimestre entamé est dû)

❖ Responsables ayant autorité parentale :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal :

Commune : _____

Numéros de téléphone **JOIGNABLES**

Numéro 1 :

Numéro 2 :

Mail 1 : _____ @ _____ mail 2 : _____ @ _____

J'ai pris connaissance de l'ensemble du dossier d'inscription et du règlement intérieur et j'en accepte le contenu et les termes.

J'autorise le BMX Club Sainte-Victoire à utiliser l'image du pilote. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, nous autorisons le club à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le cadre de l'activité.

Trets, le ___ / ___ / _____

Signature Parents ou Pilote Majeur



AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE

Je soussigné(e) M. (Mme) _____
Autorise les responsables du BMX CLUB SAINTE VICTOIRE à prendre toutes les mesures
qu'ils jugeraient nécessaires pour préserver l'état de santé de mon enfant,

(Nom) _____ (Prénom) _____

Renseignements médicaux :

Mon enfant est-il allergique : Oui Non

Si oui, quel type d'allergie :

Mon enfant présente d'autres pathologies que les services de secours doivent connaître :
Détaillez si nécessaire :

Mon enfant suit-il un traitement médical de longue durée : Oui Non

Fait à _____,

Le __ / __ / ____

(Faire précéder la signature de la mention manuscrite "Bon pour autorisation")

Signature(s) du(des) représentant(s) légal(aux) :

