

FICHE D'ADHESION 2018-2019

❖ 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		Samedi	
09h15/10h30 <input type="checkbox"/> 6 ans révolus et 7ans DEBUTANTS 10h45/12h00 <input type="checkbox"/> Joé		10h00-12h00 <input type="checkbox"/> Adultes Hommes & Femmes Sébastien <input type="checkbox"/> 7 - 10 ans. LOISIRS Mika <input type="checkbox"/> G1 COMPETITIONS Alain <input type="checkbox"/> G2 ESOIRS Joé	
13h30/15h30 JEUNES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G1 COMPETITIONS Mika <input type="checkbox"/> G2 ESOIRS Joé		13h30/14h45 DEBUTANTS <input type="checkbox"/> 6 ans - 7 ans <input type="checkbox"/> G1 Kevin G2	
15h30/17h30 <input type="checkbox"/> ADOS	COMPETITIONS Alain	13h30/15h30 <input type="checkbox"/> LOISIRS	11 ans révolus à 15 ans. Joé
15h45/17h45 LOISIRS 7-15 ans <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	G1 LOISIRS Mika G2 LOISIRS Joé	14h00/16h30 ADOS PERF <input type="checkbox"/>	Alain
	Section Sport-Etudes : du lundi au samedi (consulter un responsable)	14h00/16h00 <input type="checkbox"/> 15h30/18h00 <input type="checkbox"/>	Compétitions ADOS Mika Compétitions ELITES Tophe.

Location du vélo : 1 séance (un trimestre entamé est dû) 60 €
 2 séances (un trimestre entamé est dû) 80 €

❖ Responsables ayant autorité parentale :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Numéros de téléphone JOIGNABLES & Mails VALIDES

Numéro 1 : _____ Numéro 2 : _____
 Mail 1 : _____ Mail 2 : _____

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) :