

FICHE D'ADHESION 2019-2020

❖ 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 Joé <input type="checkbox"/> DEBUTANTS G1	10h00-12h00 <input type="checkbox"/> Adultes Hommes & Femmes Sébastien		
10h30/12h00 <input type="checkbox"/> DEBUTANTS G2 Nolan	<input type="checkbox"/> 7 - 10 ans. LOISIRS Thomas <input type="checkbox"/> G1 jeunes COMPETITIONS JOE <input type="checkbox"/> G2 jeunes ESPOIRS Mika		
10h45/12h00 Joé <input type="checkbox"/> CONFIRMES 6 ans révolus – 8 ans			
13h30/15h30 <input type="checkbox"/> G1 COMPETITIONS Joé <i>JEUNES</i> <input type="checkbox"/> G2 ESPOIRS	13h30/14h45 <input type="checkbox"/> G1 Thomas DEBUTANTS Debut/Confirm. 6 ans - 7 ans 15h00/16h30 <input type="checkbox"/> G2 Thomas CONFIRMES		
16h15/18h00 <input type="checkbox"/> COMPETITIONS <i>ADOS</i> Enzo	13h30/15h30 <input type="checkbox"/> 11 ans révolus à 15 ans. Joé		
14h00-16h00 <input type="checkbox"/> G1 LOISIRS Enzo 7-10 ans LOISIRS 15h45-17h45 <input type="checkbox"/> G2 LOISIRS Joé 11 - 15 ans	14h00/16h30 <input type="checkbox"/> ADOS 15 ans et + Mika		
Section Sport-Etudes : du lundi au samedi (consulter un responsable)	15h00/17h00 <input type="checkbox"/> Compétitions ADOS et + 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 :

ALLERGIQUE : Oui Non

Si oui, quel type d'allergie :

Présence d'autres pathologies que les services de secours doivent connaître :
Détaillez si nécessaire :

Traitement médical de longue durée : Oui Non

SI OUI, LEQUEL ?

Fait à _____,

Le __ / __ / ____

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

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