



06 10 86 53 55

FICHE D'INSCRIPTION **JEUNES**

V. T. T Cotisation 75 €

PHOTO
Récente
Pour la licence

L'ENFANT : Nom : Prénom.....

Date de naissance Age :

Adresse

Téléphone Fixe : Portable :

Adresse Email :

Responsable légal : Mère Père Tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone Fixe : Portable :

Adresse Email :

(Tél. portable et Mail pour recevoir les informations du club)

Personne à joindre en cas d'urgence :

Nom : Prénom : Tél. :

Autorisations : parentale – sortie – transport – droit à l'image

Je soussigné(e) Mme, M

Responsable légal de l'enfant :

- **Autorise mon enfant à pratiquer le VTT au sein du club "Trèbes Tout Terrain » situé 1, Avenue Pierre Curie à Trèbes.**

- **Autorise les membres du club à laisser mon enfant quitter le Club de VTT après les sorties :**

Seul Oui Non Accompagné que par moi-même Oui Non ou par les personnes suivantes :

Nom..... Tél :

Nom..... Tél :

- **Autorise, en cas exceptionnel que mon enfant soit véhiculé par un membre du club, :** Oui Non

- **Autorise la diffusion de photos et vidéos :**

- sur le site Internet du Club Trèbes Tout Terrain Oui Non

- dans les médias (presse, revues diverses...) Oui Non

- en affichage au club et autres lieux Oui Non

- création d'imprimés (plaquette publicitaire, affiche, dvd) Oui Non

Nous rappelons que le port du casque est obligatoire et que le vélo doit être en parfait état de marche. L'enfant n'ayant pas son casque ne sera pas accepté à la sortie.

En aucun cas les accompagnateurs du Club de VTT ne pourront être tenus responsables d'un dommage quelconque survenu à son vélo ou à tout autre dommage.

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et e reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur avec(prénom de l'enfant)

Fait à Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Le.....

Tournez Svp →

FICHE MEDICALE

Nom du Médecin traitant : Tél :

Adresse :

Etablissement hospitalier : Tél :

L'enfant rencontre-t-il un problème particulier : Oui Non

Allergie : médicamenteuse alimentaire autre

Précisez.....

Observation particulières

J'autorise les responsables du Club à prendre toutes les dispositions qui s'imposent concernant les soins d'urgence, d'hospitalisation en cas accident lors des activités organisées par le Club.

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant.

Le club décline toute responsabilité en cas de contre-indication non mentionnée.

Signature du responsable légal :

CERTIFICAT MEDICAL à compléter par le médecin traitant

Je soussigné(e).....Docteur en médecine,

Certifie que l'enfant.....

- **Est Apte pour toutes pratiques sportives.**
- **Ne présente aucun signe clinique à ce jour, empêchant la pratique du VTT**

Observations :

Fait à.....

Cachet et signature du praticien

Le.....

Le dossier doit être remis complet avec les pièces jointes suivantes dans le mois de septembre

- La présente fiche d'inscription (complétée Recto Verso, signée des parents et du médecin traitant)
Le certificat médical doit comporter la mention : " APTÉ A TOUTES PRATIQUES SPORTIVES"
- **L'adhésion ou renouvellement licence UFOLEP** complétée et signé (à retirer au club à la rentrée)
- **1 photo** pour la licence
- **Règlement** de la cotisation 75 euros à l'ordre de VTT Trèbes Tout Terrain