

Quelques rappels :

Les dates, horaires et lieux des sorties pour les jeunes sont envoyés par mail, le mercredi qui précède la sortie. Signaler tout changement d'adresse mail.

La pratique du trial sur le terrain de Cinq Fonds est interdite en dehors de la présence d'un adulte encadrant de l'association Cycl'O2'vent.

Pour chaque sortie

- Le VTT doit être en bon état de fonctionnement : selle, freins, pneumatiques....
- La tenue doit être appropriée aux conditions climatiques
- Port du casque obligatoire, gants et de lunettes sont fortement conseillés.
- Penser à sa gourde (remplie) et à un encas pour les petits creux.
- On peut avoir une chambre à air de rechange, de la colle et des rustines.....



Contact par mail : contact@cyclo2vent.net
Téléphone : 0380350806 (Patrice)
ou : 0665352441 (Aurélien C.)
Courrier : Cyclo2vent. Communauté de Communes
du Pays de Saint Seine
21440 Saint-Seine-l'Abbaye.

Fiche d'inscription jeune: Renseignements avec autorisation parentale

Je soussigné
demeurant
Téléphone personnelTéléphone professionnel
Téléphone mobile :
Adresse Email :.....

autorise l'enfant :

à pratiquer le VTT au sein de l'association **Cycl'O₂'vent** dont le siège se situe à :

Communauté de Communes du Pays de Saint Seine
21440 – Saint-Seine-l'Abbaye.

autorise également les Encadrants du Club (Moniteur et Initiateurs) à prendre toute décision concernant les soins d'urgence, l'hospitalisation, ou à faire pratiquer toutes interventions chirurgicales qui s'avèreraient urgentes, sur avis médical, concernant l'enfant désigné ci-dessus, lors des activités organisées par l'association **Cycl'O₂'vent**.

Renseignements concernant l'enfant

Nom et prénom :

Date de naissance

Numéro de Sécurité sociale :

Assurance extra scolaire :

Mutuelle : Numéro :

Groupe sanguin : Date du dernier rappel antitétanique :

| Suit-il ou a-t-il | Lequel |
|-------------------------|--------|
| Un traitement actuel | |
| Un traitement d'urgence | |

| | oui | non | | Oui | Non |
|----------|-----|-----|------------|-----|-----|
| Asthme | | | Hémophilie | | |
| diabète | | | Epilepsie | | |
| Tétanie | | | | | |
| Autres : | | | | | |

| Allergies ou intolérance | oui | non | Si oui traitement |
|-------------------------------------|-----|-----|-------------------|
| Allergies alimentaires | | | |
| Allergies médicamenteuses | | | |
| Allergies pollen, piqûres d'insecte | | | |

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, et à accepter les règlements en vigueur à **Cycl'O₂'vent**

J'autorise par la présente Cyclo2vent à diffuser les photographies prises lors des activités de l'association et sur lesquelles figure mon enfant.

Cette autorisation est valable :

pour l'édition de documents de communication
pour la publication sur le site internet de Cyclo2vent

Fait à Le

Signature **des** responsables légaux

Certificat médical

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Certifie que l'enfant
est apte à la pratique du VTT

Tampon
du médecin

Date, le / / 20.....

Signature du médecin