

Quelques rappels :

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

Pour chaque sortie

- Le VTT doit être en bon état de fonctionnement : selle, freins, pneumatiques....
- La tenue doit être appropriée au conditions climatiques
- Port du casque obligatoire, gants et de lunettes sont fortement conseillées.
- 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.....



Fiche d'inscription

Renseignements

Je soussigné

demeurant

.....

Téléphone personnel

Téléphone mobile :

Adresse Email :

m'inscris afin de 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.

Contact par mail : contact@cyclo2vent.net
Téléphone : 0380350806 (Patrice)
ou : 0665352441 (aurélie C.)
Courrier : Cyclo2vent. Communauté de Communes
du Pays de Saint Seine

Renseignements médicaux

Nom et prénom :

Date de naissance

Numéro de Sécurité sociale :

Assurance :

Mutuelle : Numéro :

Groupe sanguin : Date du dernier rappel antitétanique :

Suivez-vous ou avez vous	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 mon état de santé, 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 je figure.

Cette autorisation est valable :

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

Fait à Le

Signature

Certificat médical

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Certifie que
est apte à la pratique du VTT

Tampon
du médecin

Date, le / / 20.....

Signature du médecin