

Demande de Licence Saison/..... École VTT

Mise à jour août 2023

NOM : Prénom :
Né(e) le : Ville : Département :
Tél. Adhérent : N° Licence FFV :

Nom et Prénom du représentant légal :

NOM : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél : Port : Mail

Coordonnées du 2^e parent si différent :

NOM : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél : Port : Mail

Autre personne à contacter le cas échéant :

Autorisation Parentale

Mr ou Mme autorise mon fils, ma fille
à participer aux sorties du Cyclo Club St-Clément.

Je complète la fiche sanitaire de liaison et j'autorise le Président du Club ou les Éducateurs à prendre toutes les dispositions d'urgence qu'ils jugeraient nécessaires en cas d'accident.

J'autorise / Je n'autorise pas mon enfant de plus de 11 ans à rentrer seul à notre domicile après les séances de VTT du samedi

Les parents et l'enfant déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'école VTT St Clément et l'approuvent

Fait à St-Clément le 20

Lu et approuvé *Signature des parents*

Lu et approuvé *Signature de l'enfant*

Les 3 séances consécutives gratuites FFV : 1^{re} 2^e 3^e

Pièces à fournir :

- Fiche sanitaire de Liaison
 - Certificat médical (datant de moins de 3 mois)
 - Chèque 1 : Licence selon tarif en vigueur de l'année en cours à l'ordre de « Cyclo Club St-Clément »
 - Chèque 2 : Cautiion Maillot selon tarif en vigueur la 1^{ère} saison
 - Règlement intérieur signé
 - 01 Photo d'identité
- 1 Justificatif de paiement sera remis sur demande**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ÉCOLE VTT ST-CLÉMENT

1/ ENFANT :

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

DURÉE : ANNÉE(S) à l'école VTT du Cyclo Club St-Clément

FICHE PERMETTANT DE DISPOSER DES INFORMATIONS UTILES POUR L'ENCADREMENT DE L'ÉCOLE VTT

2/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? **Oui / non**

Si oui, risque-t-il d'en avoir besoin durant les séances de VTT ? **Oui / non**

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

VACCIN ANTITÉTANIQUE : Date du dernier rappel : (Pour info : Rappels à 6, 11 et 16 ans)

ALLERGIES : **ASTHMES** OUI NON **ALIMENTAIRES** OUI NON

MÉDICAMENTEUSES OUI NON **Autres** OUI NON

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

3 / RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, précautions à prendre) OUI NON

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc. Précisez.

OUI NON

Nom et tel. du médecin traitant :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, les mesures nécessaires pour l'état de santé l'enfant.

Fait à St-Clément le 20

Signature