



ACTIVITE JEUNES - ECOLE DU VELO

INITIATION ET PRATIQUE DU V T T

VELO CLUB DE BRIGNAIS
SALLE DU GARON

3, boulevard des Sports 69530 BRIGNAIS
Agrément D R D J S R A n° 69.01.1146
Délivré le 04 octobre 2001

SAISON 2016 / 2017

AUTORISATION PARENTALE

[HTTP://WWW.VELO-CLUB-BRIGNAIS.COM/](http://www.velo-club-brignais.com/)

CONTACT@VELO-CLUB-BRIGNAIS.COM

MARC.VIEL@VELO-CLUB-BRIGNAIS.COM

VELO CLUB DE BRIGNAIS

Je soussigné : (Nom – Prénom)

Demeurant à : (adresse complète)

.....

Téléphone personnel :Téléphone portable :

.....

Agissant en qualité de : * Père * Mère * Tuteur légal

Autorise : (Nom – Prénom)

A pratiquer le VTT, au sein du Vélo Club de Brignais, à l'ECOLE DU VTT en déchargeant celui-ci de toute responsabilité en cas d'accident.

Et pour les nouveaux adhérents jusqu'à la signature et l'enregistrement de la demande de « Licence Accueil » à la Fédération Française de Cyclisme.

Je déclare avoir reçu ce jour, une demande de licence Accueil FFC, et je m'engage à la remplir et la rendre au responsable au plus tôt.

Et

Autorise le Président, le Responsable de l'Activité **JEUNES Ecole du Vélo Initiation et Pratique du VTT** ou son suppléant, à prendre toutes les mesures concernant les soins de première urgence lors des activités organisées par le Vélo Club de Brignais

**Renseignements concernant l'enfant (au verso)
A fournir impérativement**

Renseignements concernant l'enfant

Nom et Prénom :

Date de naissance : Groupe sanguin :

Souffrez vous de :

	Maladies	<u>Traitement actuel</u>	<u>Traitement d'urgence</u>
--	-----------------	--------------------------	-----------------------------

Enurésie : oui non *

Tétanie : oui non *

Asthme : oui non *

Hémophilie : oui non *

Epilepsie : oui non *

Diabète : oui non *

Autres :

	Allergies	<u>Lesquelles</u>	<u>Traitement d'urgence</u>
--	------------------	-------------------	-----------------------------

Alimentaires :

Médicamenteuses :

Pollen, abeilles :

Autres :

	Intolérances	<u>Lesquelles</u>
--	---------------------	-------------------

Aux aliments :

Aux médicaments :

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis, et m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de l'enfant, et à accepter les règlements en vigueur.

Fait à le **Signature** * Père * Mère * Tuteur légal

* Rayer la mention inutile

Faire précéder de la mention
« **Lu et Approuvé** »