



La Compétition ROUTE & V.T.T



FICHE D'INSCRIPTION

le vélo
et la
santé

RENSEIGNEMENT de L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

RESPONSABLE LEGAL

NOM : _____ PRENOM : _____

Adresse si différentes : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel : _____ Tel portable : _____

E-mail : _____

Personne à prévenir en cas urgence : _____ Tel : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Problème de santé : (maladie, accident, traitement médical...)

Allergie :

Asthme : OUI NON Alimentaires : OUI NON Médicamenteuse : OUI NON

Indiquez ci-après : _____

Vaccination à jour : OUI NON



FICHE D'INSCRIPTION (suite)

*«Pratiquer le velo,
c'est :
être en bonne santé
et bien dans
ses baskets»*

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Nom du Médecin Traitant : _____ Tel : _____

Adresse : _____

Votre en enfants porte-t-il des lentilles, lunettes, des prothèses auditives

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) Certifie avoir pris connaissance du règlement de l'école de vélo, en acceptant les termes et m'engage à le respecter.

DECHARGES

Je soussigné,

- 1- Responsable légal de l'enfant, déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'école de vélo à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- 2- Donne l'autorisation de diffuser les photographies de mon enfant prise dans le cadre de l'école de vélo.

Date : _____

Signature :

Suivi de la mention « lu et approuvé »

