



Ecole Cyclo VTT

Association CycloTouriste Plaisiroise

Local : "LA MAISON DES CYCLOS"
275, av. François Mitterrand 78370 PLAISIR
affiliation FFCT. n° 07/941/10 - agrément DDJS : APS 78622.

<http://www.actplaisiroise.fr>
e-mail : actplaisiroise@free.fr



BULLETIN D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2017/2018

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Email :

MONTANT A VERSER :

Ancien élève : 60 €

(55 € - à partir du 2ème enfant)

L'inscription comprend :

l'adhésion ACTP, la licence FFCT, et (*) l'assurance FFCT "Petit Braquet"

Nouvel élève : 80 €

L'inscription comprend :

l'adhésion ACTP, la licence FFCT, (*) l'assurance FFCT "Petit Braquet", 1 maillot "type BMX", 1 gilet de sécurité et lumières AV et AR.

Nota : ne pas oublier de remplir l'autorisation parentale

(voir ci-après)

***et de joindre au bulletin d'inscription un certificat médical d'aptitude
au VTT de randonnée, ainsi qu'une photo d'identité.***

Pour les règlements par chèques les établir à l'ordre de l'ACTP.

(nous ne prenons pas les coupons sports ANCV, seul ceux de la CAF sont acceptés)

- A COCHER SI VOUS SOUHAITEZ UN REÇU

A COCHER SI VOUS SOUHAITEZ ETRE DECLARE CLIENT ALLTRICK'S

(Notre partenaire qui permet d'obtenir de 5 à 7% suivant conditions.

Information complémentaire auprès de Pierre TARTARY 06 78 36 42 35)

** Le risque vol de vélo n'étant pas pris en charge par cette assurance, il vous appartient si vous le souhaitez de souscrire directement une assurance complémentaire auprès de l'assureur de la FFCT.*

*Le bulletin d'inscription joint du règlement, d'une photo, de l'autorisation parentale et du certificat médical,
est à remettre à Anne CAZES au local, ou à envoyer au 24 rue Baudin, 78390 BOIS D'ARCY. Tél. : 06 62 12 07 61*

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (1) :

agissant en qualité de : Père Mère Tuteur

demeurant (2) :

Téléphone personnel :Téléphone professionnel :

autorise, le (ou la) jeune (3) :

à pratiquer le cyclotourisme au sein de l'école cyclo du club : **A. C. T. PLAISIR**

dont le local se situe : 275, av. François Mitterrand 78370 PLAISIR

autorise, Madame Claudie GAREL, responsable de l'école, ou ses délégués,

à prendre toute décision comme : soins d'urgence, hospitalisation... ou à faire pratiquer sur avis médical toutes interventions chirurgicales qui s'avèreraient urgentes, concernant le (ou la) jeune ci-dessus nommé (e).

Recommandations des Parents

Santé :

L'enfant suit-il un traitement particulier ? oui non

Si oui lequel (joindre ou décrire la prescription médicale) :

Droit à l'image :

Dans le cadre de la réalisation de photographies et/ou de vidéos destinées à être diffusés sur le site Internet du club et facebook, j'autorise les responsables de l'école cyclo à effectuer des prises de vue photographiques ou des enregistrements audiovisuels sur lesquels mon enfant pourrait apparaître.

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant, et avoir pris connaissance du règlement de l'école cyclo et en particulier les paragraphes suivants :
« Pour la sécurité de leur enfant, les parents doivent vérifier avant de partir pour l'école cyclo le bon état de fonctionnement du vélo (freins, pneus, serrage des roues, cintre, direction, éclairage ...) ». « Les trajets, du point de rendez-vous de l'école cyclo (local, ou autre lieu défini à l'avance au calendrier) au domicile familiale, sont sous la responsabilité des parents ». « Ceux-ci doivent s'assurer que leur enfant s'est présenté à la séance, et qu'il a pointé sur la feuille de présence ».

Fait à : Le :

Signature :

(1) Nom, prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal

(2) Adresse complète du père ou de la mère ou du tuteur légal

(3) Nom et prénom de l'enfant

