



Bulletin d'adhésion

SAISON 2016-2017

Email : virusvttorcines@gmail.com
Site : www.virusvtt.fr

Nom : Téléphone : E-mail :
Prénom : Date de naissance :
Prénom : Date de naissance :
Prénom : Date de naissance :
Prénom : Date de naissance :
Adresse :

NE PAS OUBLIER LE MAIL, LE NUMERO DE TELEPHONE ET L'ADRESSE

Cotisation : 30 € par personne. Règlement par chèque à l'ordre du Virus VTT Orcines.

Licence FFCT : Consulter la fiche tarifaire et régler votre licence directement à l'ordre du Virus VTT Orcines. Tous les adhérents devront être couverts par l'assurance liée à la licence contractée auprès de la FFCT. Les tarifs des licences FFCT sont disponibles sur ce document : <http://www.virusvtt.fr/wp-content/uploads/2016/01/TARIFS-DE-LA-LICENCE-FFCT-DANS-UN-CLUB-SAISON-2016.pdf>

J'ai bien pris connaissance de l'obligation du port du casque dès que je monte sur mon vélo, pour la prise en charge d'éventuels dommages corporels par l'assurance de la FFCT, et dégage la responsabilité du club Virus VTT, le cas échéant.

J'ai également pris connaissance du règlement intérieur du club et y adhère sans réserve.

Date et signature :

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS

Je soussigné, autorise
à pratiquer le VTT au sein du club du Virus VTT Orcines.

J'ai bien pris connaissance de l'obligation du port du casque dès que mon enfant monte sur son vélo, pour la prise en charge d'éventuels dommages corporels par l'assurance de la FFCT, et dégage la responsabilité du club Virus VTT, le cas échéant.

J'ai également pris connaissance du règlement intérieur du club et y adhère sans réserve.

Date et signature :

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIÉ MINEUR

Indispensable à toute demande d'admission d'un mineur dans un établissement de santé

Je soussigné, autorise le responsable du club "Virus VTT", en cas d'accident survenant à mon enfant, à faire appel à mon médecin traitant désigné ci-après ou au SAMU et à faire pratiquer tous les examens, soins ou interventions chirurgicales nécessités par l'urgence.

J'autorise pour cela le responsable du club à demander son admission en établissement de soins et éventuellement à reprendre mon enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue de ses parents.

Médecin traitant : Docteur

☎

Etablissement de soins choisi* :

☎

* respect du choix dans la mesure où l'établissement est compatible avec l'état de mon enfant.

Le responsable du club me contactera le plus rapidement possible au :

Père ☎

Mère ☎

Responsable ☎

Voisin, ami, famille..... ☎

Date

Signature du père, de la mère ou du responsable légal