



**Bulletin d'Adhésion  
Saison 2019  
Membre Actif Licencié  
MINEUR**

Collez ici  
**une photographie  
récente**  
ou  
envoyer par mail à  
« **cyclotrotterspassion  
@hotmail.fr** »

**1 – ETAT CIVIL du MINEUR**

NOM :       PRENOM :  M  F  Né(e) le...../...../.....

ADRESSE :

CODE POSTAL :       LOCALITE :

TEL FIXE :       PORTABLE :       E-MAIL :

**2 - REPRESENTANTS LEGAUX DU MINEUR**

<p><b>PERE : Nom et Prénom</b> ..... Même adresse que l'Adhérent : Adresse : <input type="checkbox"/> ..... Tel Fixe : ..... Tel Mobile : ..... E-Mail : .....</p>	<p><b>MERE : Nom et Prénom</b> ..... Même adresse que l'Adhérent : Adresse : <input type="checkbox"/> ..... Tel Fixe : ..... Tel Mobile : ..... E-Mail : .....</p>	<p>Personne à contacter en cas d'URGENCE lors d'une activité :</p> <p><input type="checkbox"/> PERE    <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE : ..... ..... .....</p>
--	--	---

**3 – AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné, le PERE     Je soussignée, la MERE

→ **DEMANDE**     **NE DEMANDE PAS**

**l'adhésion de mon enfant à l'activité « Ecole Cyclo VTT »** du Club CYCLOTROTTERS PASSION à Hagenbach, et reconnais avoir lu et accepté le règlement intérieur de l'école cyclo VTT du 4 juin 2013.

→ **AUTORISE**     **N'AUTORISE PAS**

mon enfant **à participer SANS MA PRESENCE aux activités organisées par le club** sous la responsabilité de son président ou d'un encadrement compétent mis en place par le président (adulte expérimenté, animateur, initiateur, moniteur) et dans le respect de la réglementation en vigueur. En aucun cas l'enfant pratiquera les activités seul.

**DEPLACEMENT DU MINEUR VERS LE LIEU DE L'ACTIVITE**

**les parents s'engagent à accompagner, présenter et retirer leur enfant à la fin de l'activité.** A noter qu'en cas de retard d'un adulte venant chercher l'enfant, le responsable sur place se doit de l'attendre ; mais en cas de retards excessifs non justifiés ou répétés, le club dispose de la possibilité de sanctionner, voire d'exclure.

→ **AUTORISE**     **N'AUTORISE PAS**

le Club CycloTrotters Passion **à utiliser les photos prises de notre enfant pendant les activités du club** afin d'illustrer divers bulletins de communication, le but étant tout simplement de faire découvrir notre activité. Les photos de notre enfant pourront être déposées sur le site internet du club. Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par courrier adressé au club.

**OU**

**les parents estiment que l'enfant peut se présenter et repartir seul à la fin de l'activité** ou si celle-ci est interrompue ou annulée. Le club est alors dégagé de toute responsabilité pendant les déplacements de l'enfant.

#### 4 - FICHE SANTE DU MINEUR

Votre enfant a-t-il **des difficultés de SANTE chroniques** ? (Maladie, Crises convulsives,...)  OUI  NON  
Si oui, lesquelles ?

ALLERGIES : ATHME  OUI  NON  
ALIMENTAIRE  OUI  NON si oui, à quels aliments ? .....  
RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :  OUI  NON

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES,ETC...PRÉCISEZ.

#### 5 - ASSURANCES

Je soussigné, le PERE  Je soussignée, la MERE  déclare, déclarons :

- Avoir pris connaissance du contenu de la **notice d'information COM17822 – V10/18 ALLIANZ** (communiquée en annexe) relative au contrat d'assurance souscrit par la FFCT auprès d'Allianz pour le compte de ses adhérents;
- Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité Permanente, Frais médicaux, et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la FFCT,
- Avoir choisi en complément des formules Mini Braquet, Petit Braquet ou Grand Braquet ou les options suivantes:  
Indemnité Journalière forfaitaire  OUI  NON  
Complément Décès/Invalidité  OUI  NON
- Avoir souscrit au contrat individuel Garanties des Accidents de la Vie (GAV)  OUI  NON
- Ne retenir aucune option complémentaire proposée

#### 6 – CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné ..... certifie avoir examiné le patient  
M/Mme/Mlle.....Né(e) le.....

et déclare qu'à ce jour, qu'il (qu'elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique

**du Cyclotourisme, du Cyclisme de compétition, des randonnées pédestres, des randonnées à ski, de la marche nordique, (barrer les mentions non valables)**

Cachet du Médecin

Fait à .....Date : .....

Signature du Médecin :

#### 6 – SIGNATURES

<p><b>le PERE :</b> Fait le ..... Signature :</p>	<p><b>La MERE :</b> Fait le ..... Signature :</p>	<p><b>L'ADHERENT:</b> Fait le ..... Signature :</p>
---	---	---