

PHOTO
OBLIGATOIRE

ASSOCIATION **CESARBIKE**

Saison 2016 / 2017

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom :	Prénom :
--------------	-----------------

Date de naissance (adhérent).....

Adresse.....
.....
.....

Téléphone :

Portable 1 :	Portable 2 :
Fixe :	

Emails :

E mail 1 :
E mail 2 :

Renseignements médicaux

L'adhérent est allergique ? oui / non

Si oui, quel type d'allergie.....

L'adhérent suit-il un traitement médical de longue durée ? oui / non

Autres contre-indications médicales :.....
.....

Autorisation de soins d'urgences et hospitalisation

Je soussigné(e), responsable légal Mr/Mme.....
autorise, n'autorise pas (rayer la mention inutile) les responsables du CESAR BIKE
à prendre lors des horaires d'encadrement du club, toutes les mesures nécessaires
pour préserver l'état de santé de mon enfant

Questionnaire d'entrée

Type d'adhésion : avec entrainement le samedi AM de 14h00 à 17h00:

(Rayer la mention inutile)

OUI	NON
-----	-----

Quelle discipline souhaitez-vous pratiquer principalement au sein du club CESAR BIKE (cocher la case correspondante)

Discipline	<input type="checkbox"/> BMX Race	<input type="checkbox"/> VTT Enduro	<input type="checkbox"/> VTT X Country	<input type="checkbox"/> Descente DH
Tarif sans entrainement	25 €	25 €	25 €	25 €
Tarif avec entrainement	120 €	100 €	100€	120 €

Seriez-vous intéressé par la pratique en compétition de votre discipline ?
(Rayer la mention inutile)

OUI	NON
-----	-----

Autorisation parentale

Je soussigné, le responsable légale: Mr et/ou Mme.....
certifie avoir pris connaissance de l'ensemble du règlement intérieur du CESAR BIKE
(visible sur le site du club), en accepte le contenu et autorise mon enfant à pratiquer la
discipline..... dans votre le club.

Le /...../.....

Signature de l'adhérent :

Signature des parents :.....

PS : tout dossier incomplet sera systématiquement refusé.

Espace réservé à l'association CESAR BIKE

OUI	NON
-----	-----

Date et signature du président