

**Fiche d’adhésion et de renseignements**

Nom : Prénom :……………………….

Date de naissance : …………

Adresse : ……..

Tél. Portable : E-mail :…………………………

**Personne à prévenir en cas d’accident**

Nom : Prénom :………………………..

Tél. Portable :………………………………………………………………

E-mail : …………………………………………………………………….

>Contre-indication / allergies connues à certains antiseptiques :…………...

>L’enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d’informations médicales, des précautions à prendre : ……………………

>Autorisez-vous l’éducateur à prendre toutes les dispositions nécessaires pour la santé de votre enfant en cas d’accident ? Oui Non

**Autorisation parentale**

Je soussigné(e) …………………….…autorise mon Fils, ma fille…………….. à prendre part aux activités du VCSSP.

Je certifie que mon fils, ma fille n’a aucune contre-indication et qu’il (elle) est apte à la pratique du sport cycliste.

Je prends connaissance du fait que mon enfant est couvert pendant ces activités par mon assurance responsabilité civile et ce jusqu’à l’inscription au VCSSP. (Licence FFC ou FSGT)

Fait à le …………………………………. Signature : ………….

*NB : Le port du casque est obligatoire pendant les sorties.*

*Le port de gants est fortement conseillé.*

**Droit à l’image**

Je soussigné………………………………………………………………………. autorise le VCSSP à utiliser les images et prises de vues enregistrées sur lesquelles figure mon fils ou ma fille pour son site internet, journaux ou diaporamas.

Fait à …………. pour valoir ce que de droit.

Le ………………… Signature