

**Cyclo-Club de Pont-à-Celles**

**Salle du Phare**

Rue des Ecoles, 12-14

6230 Pont-à-Celles

<http://www.cycloclubpac.be>

[contact@cycloclubpac.be](mailto:contact@cycloclubpac.be)

Iban : BE59 0682 0698 8226

## Formulaire d'inscription 2017 – enfants dès 9 ans

La cotisation annuelle de 35€ comprend l'assurance et une collation par sortie.

A verser sur le compte du club : BE59 0682 0698 8226 avec le nom de l'enfant en communication.

- ✎ Les sorties ont lieu chaque dimanche à partir du 30 avril 2017 jusque fin octobre à partir du local du Phare à **9h précises** (présence 15min avant le départ souhaitée !!)
- ✎ Fin d'activité et présence des parents ou de la personne responsable de l'enfant à **midi**. Toutefois, sur base d'une autorisation **signée et datée**, votre enfant peut rentrer seul.
- ✎ Les participants doivent signer la feuille de départ à chaque sortie pour la comptabilité des points et l'assurance.
- ✎ Votre enfant doit avoir avec lui un sac à dos avec une boisson, une collation, un vêtement de pluie et une chambre à air de secours.
- ✎ Le casque et des vêtements appropriés à ce sport sont obligatoires.
- ✎ Les adultes qui encadreront le groupe veilleront à la convivialité, la sécurité et l'esprit de non-compétition.
- ✎ **Il n'y a pas de sortie les jours de pluie.**

### Coordonnées / inscription 2017

### *Talon et fiche médicale à remettre à un membre du comité*

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Email : .....

N° de carte d'identité : ..... Date de naissance : .....

### Coordonnées des parents

Papa

Nom et prénom : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Maman

Nom et prénom : .....

Téléphone : ..... Email : .....

J'autorise/Je n'autorise pas la publication de photos de mon enfant sur le site du cyclo-club de Pont-à-Celles.

(Biffer la mention inutile)

Date et signature du cyclo

Date et signature des parents

# Fiche médicale

**Nom et prénom de l'enfant :** .....

**Date et lieu de naissance :** .....

**Personne(s) à contacter en cas d'urgence :**

**Personne 1 :**

Nom et prénom : .....


N° de téléphone : .....

**Personne 2 :**


Nom et prénom : .....


N° de téléphone : .....

**Groupe sanguin de l'enfant :** ..... **Poids/taille :** .....

 L'enfant prend-il des médicaments ? Oui /non  
Si oui, lesquels ?

.....

 Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos ? Oui/Non

 Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui/Non  
Si oui, lesquelles ?


.....

 Votre enfant a-t-il des problèmes de respiration ? Oui/Non

 Votre enfant a-t-il des problèmes cardiaques ? Oui/Non

 votre enfant sait-il nager ? Oui/Non

 Votre fille est-elle réglée ? Oui/ Non

 Votre enfant souffre-t-il d'un handicap particulier ? Oui/Non  
Si oui, lequel ?

.....

 Autres

.....  
.....  
.....