



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

Iban : BE59 0682 0698 8226

Formulaire d'inscription enfants (dès 9 ans)

Saison 2018

Cotisations : * **Nouvelle inscription : 55€** comprenant le maillot, l'assurance et une collation par sortie.
* **Réinscription : 35 €** (en possession d'un maillot du club) (*Entourez la formule adéquate)

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 04 mars 2018 jusque fin octobre à partir du local du Phare à **9h30 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 la couverture d'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 d'inscription 2018

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

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