

AOTL CYCLISME 2019/2020

Association Omnisport de Tourrette-Levens section **CYCLISME**

<http://aotlcyclisme.fr>

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Votre Email :

Responsable du jeune : (rayer la mention inutile)

Père (TEL :) § mère (TEL :) § tuteur (TEL :)

Personne à prévenir en cas de problème

Nom: Prénom : TEL :

Nom: Prénom : TEL :

Documents à fournir :

- Certificat médical apte à la pratique du VTT et aux compétitions
- Cotisation annuelle et **Récépissé du règlement intérieur**

Autorisation parentale

Je soussigné(e) _____ responsable légal

de _____, autorise les encadrants de l'AOTL-CYCLISME à lui faire prendre part à toutes les activités de l'association ainsi qu'à le faire soigner et à prendre toutes les mesures (y compris une hospitalisation) que nécessiterait son état de santé, conformément aux prescriptions du corps médical consulté.

(Pour les cas particuliers veuillez le spécifier par écrit)

Fait à _____ le _____ SIGNATURE DU RESPONSABLE