

AOTL CYCLISME 2024/2025

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 *EN CHEQUES* et **Récépissé du règlement intérieur**

-1 photo

Pour commande vêtements (-12 ans option bas oui non *cout 25€ en plus*)

- **Grandeur de l'enfant en ___ cm pour les moins de 12 ans**
- **Taille de vêtement pour les plus de 12 ans haut ___ (s,....,l) et bas ___**

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