



VTT AVENTURE « CAUSSE-VEZERE »
DEMANDE DE LICENCE 2024 – ECOLE VTT

N° licence FFVélo

(licence valable jusqu'au 31/12/2024)

Président : Pierre-Jean MANET : 06 83 77 32 48 **Responsables de l'école VTT :** Florian Rhedon

Alexandre Bonnin 06 17 74 84 49

NOM (de l'enfant) Prénom

Né(e) le à Son portable
(S'il en détient un)

Nom et Prénom du 1^{er} parent : Représentant légal

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone fixe (*pas obligatoire*) Portable

Mail

Nom et Prénom du 2^{ème} parent :

Adresse (si différente) :

Code Postal Ville

Portable Mail

AUTORISATION PARENTALE

Mr ou Mme autorise mon enfant

A participer aux sorties du Club VTT Aventure « Causse-Vézère ». J'atteste avoir reçu ou téléchargé le règlement intérieur sur le site du club et en avoir pris connaissance.

Je joins la fiche sanitaire de liaison et j'autorise le Président du Club ou les Moniteurs de l'école à prendre toutes les dispositions d'urgence qu'ils jugeront nécessaires en cas d'accident.

J'autorise **Je n'autorise pas** / mon enfant à rentrer seul à notre domicile après les cours de VTT du samedi.

J'autorise **Je n'autorise pas** / le club à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre unique de ses activités.

Fait à le

Les parents et l'enfant déclarent avoir pris connaissance **du règlement intérieur de l'école** et l'approuvent

Lu et approuvé *Signature des parents*

Lu et approuvé *Signature de l'enfant*

Demande à retourner à : **Pierre-Jean Manet : 258 avenue des escures - 19600 St Pantaléon de Larche**

Pièces à - Chèque de 35,00 € (2) à l'ordre de « VTT Aventure Causse Vézère », (32,00 € à partir du 2^{ème} enfant)

- Chèque de 32,00 € si un parent est déjà licencié au club N° de licence FFCT du parent

- Si vous êtes bénéficiaire du Pass'Sport, merci de mentionner le code que vous avez reçu ici :

fournir (1) - Fiche sanitaire de liaison

- Certificat médical de non contre-indication - (2) voir conditions au dos du document

(1) les dossiers incomplets ne seront pas pris en compte

(2) l'adhésion comprend, la cotisation club, la licence et l'assurance. Pour un complément d'assurance, se référer à la notice d'assurance jointe à cette demande. (Par défaut, le jeune est couvert par l'assurance « Petit Braquet »)

Déclaration du licencié - Saison 2024 (A retourner obligatoirement au Club)

Je soussigné(e) né(e) le / /

Pour le mineur représentant légal de né(e) le / /

Licencié de la Fédération à **VTT AVENTURE CAUSSE VEZERE**

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu de la présente notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'AXA pour le compte de ses adhérents ;
- Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité Permanente, Frais médicaux, et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération,
- Avoir choisi en complément de la formule Petit Braquet (formule unique pour les jeunes de l'école VTT) les options suivantes :

- Indemnité Journalière forfaitaire
- Complément Décès / Invalidité

- Avoir souscrit au contrat individuel Garanties des Accidents de la Vie (GAV)

Oui Non

- Options complémentaires proposées

N'en retenir aucune

(2) Le Certificat Médical

Le certificat médical n'est plus **obligatoire lors de l'affiliation**. Chaque année, le licencié doit remplir un auto-questionnaire (confidentiel, qu'il doit conserver). S'il répond oui à l'une des questions, le certificat médical doit être fourni à l'inscription. L'auto-questionnaire est un document confidentiel. Le licencié doit donc le remplir et le conserver chez lui.

J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Annexe II-23 (art A231-3), arrêté du 7 mai 2021 qui m'a été remis par mon club ou que j'ai téléchargé sur le site du club.

J'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.

Ou

Je fournis un certificat médical de - de 12 mois.

Fait à le

Signature du représentant légal