



**Avenir Cycliste Rudipontain**

[www.avenir-cycliste-rudipontain.fr](http://www.avenir-cycliste-rudipontain.fr)

## DEMANDE D'ADHESION ANNEE 2018

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse postale complète : \_\_\_\_\_

Code postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Autorisation de diffusion OUI – NON \*

Portable : \_\_\_\_\_ Autorisation de diffusion OUI – NON \*

E-mail : \_\_\_\_\_

(\* Rayez la mention inutile)

Je soussigné, souhaite devenir membre actif de l'Avenir Cycliste Rudipontain "ACR " (Association loi 1901 enregistrée à la Préfecture du Doubs) en réglant mon adhésion annuelle d'un montant de : (Voir total) \_\_\_\_\_ € à l'ordre de l'**Avenir Cycliste Rudipontain** pour l'année 2018, représentant **la cotisation et le coût de la licence choisie**.

A cet effet, je vous joins pour la **Fédération Française de Cyclisme** l'imprimé demande de licence (+ la feuille spécifique assurance) complété et tamponné par le médecin dans le cadre réservé au certificat médical autorisant la pratique sportive du cyclisme.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Ecrire : " lu et approuvé " et Signature

Cotisation AC Rudipontain : \_\_\_\_\_ **15** \_\_\_\_\_ €

Licence FFC : \_\_\_\_\_ €

TOTAL : \_\_\_\_\_ €

### AUTORISATION PARENTALE (*pour les mineurs*)

Je soussigné, (*père, mère, tuteur légal*) autorise mon enfant : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ à participer aux sorties d'entraînement et aux manifestations sportives organisées par l'AC Rudipontain.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Ecrire : " lu et approuvé " et Signature

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**ANNEE 2018**

**(Uniquement pour la licence « jeune »)**

**Groupe sanguin :** \_\_\_\_\_

**Personne à prévenir en cas d'accident :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse postale complète :** \_\_\_\_\_

**Code postale :** \_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

Souffrez-vous de : \* Rayer la mention inutile.

**Maladies**

*Traitement actuel :*

*Traitement d'urgence :*

- Énurésie : non oui \* .....
- Tétanie : non oui \* .....
- Asthme : non oui \* .....
- Hémophilie : non oui \* .....
- Épilepsie : non oui \* .....
- Diabète : non oui \* .....
- Autres : .....

**Allergies**

*Lesquelles :*

*Traitement d'urgence :*

- Alimentaires : .....
- Médicamenteuses : .....
- Pollen, abeilles : .....

**Intolérances**

*Lesquelles :*

- Aux aliments : .....
- Aux médicaments : .....

Nom du médecin traitant : .....

Tél. : .....

J'autorise le Président, le Responsable de l'école de cyclisme ou son suppléant, à prendre toutes les mesures concernant les soins d'urgence lors des activités organisée par l'Avenir Cycliste Rudipontain.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis, m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de l'enfant, et à accepter les règlements en vigueur.

Fait à ..... le .....

**Signature**

*(père, mère, tuteur légal)*