



CYCLOTOURISME AUBENAS-VALS ECOLE V.T.T.

Chemin du Tennis – Quartier Roqua - 07200
AUBENAS



Responsable : William Moulin - 06 10 81 84 16 – william.moulin222@orange.fr
Sandrine Bacconnier – 06 81 17 61 28 – sbacconnier@gmail.com

AUTORISATION PARENTALE et BULLETIN ADHESION 2026-2027

Je soussigné(e)..... Père, Mère, Représentant légal,

Coordonnées	Parent 1 ☐ Père ☐ Mère	Parent 2 ☐ Père ☐ Mère
Les communications se font par mail après inscription à la liste de diffusion		
Adresse mail pour diffusion info école VTT	 @.....	 @.....
Tél		

Autorise mon fils / ma fille : Né(e) le :
demeurant à :
Tél jeune : Mail jeune :

- à participer aux activités de l'école V.T.T. pour la saison 2026/2027
- le **MERCREDI** ou le **SAMEDI** (*entouré l'option choisie, le samedi à partir de 10 ans*)
- à arriver et repartir par ses propres moyens aux séances de l'école V.T.T. et dégage de toute responsabilité le CTAV et ses responsables, en cas d'accident sur le trajet. *Mention à barrer le cas échéant*

En outre, j'autorise les responsables de l'école VTT du CTAV :

- à prendre toute décision concernant les soins d'urgence, l'hospitalisation ou à faire pratiquer toutes interventions chirurgicales qui s'avèreraient urgentes, sur avis médical.
- à utiliser les images de mon enfant à des fins non lucratives (articles de presse, site internet du club,)
- **Tarifs :** Cotisation + licence FFCT, Assurance petit-braquet : 60€
- Voir en page 2, le montant des garanties selon la formule d'assurance souscrite

- ☐ J'atteste qu'elle/il a renseigné le questionnaire de santé (ANNEXE II-23 art. A231-3 de l'arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des questions. (QS-SPORT Cerfa N°15699*01).
- ☐ Taille du Maillot : 6 ans 8 ans 10 ans 12 ans 14 ans XS S M L XL XXL
- ☐ Déclaration du licencié (coupon sur la notice d'information relative à l'assurance page suivante) complétée, datée et signée
- ☐ Règlement correspondant à l'ordre du C.T.A.V. (chèques, coupon sport, pass région)

Recommandations et Précautions à prendre: Allergies, Asthme, difficultés de santé:

Personne à prévenir en cas d'accident: Nom Prénom Tel

IMPORTANT : Après avoir pris connaissance :

- des statuts de l'Association, et du règlement intérieur de l'Ecole V.T.T sur le site du club: ctav07.fr

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et je m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant et à accepter les règlements en vigueur pour les activités ci-dessus.

Aubenas, le : Signature des parents: