



### **Le Pilote**

Nom : ..... Prénom : .....

Né le : / /

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Mobile : ..... Mail : .....

Médecin traitant : ..... Groupe Sanguin : .....

Allergies : ..... Ports de Lunettes ou lentilles : oui – non

Contre Indication Médicale : .....

Antécédents Médicaux : .....

Vaccins : .....

### **Les Parents (pour les mineurs)**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Profession (obligatoire) : .....

Tél. : ..... Mobile : ..... Mail : .....

### **Deuxième parent (pour les parents séparés)**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Profession (obligatoire) : .....

Tél. : ..... Mobile : ..... Mail : .....

En cas d'impossibilité de nous joindre, nous autorisons le Président du Cavignac BMX Club, ou à défaut, l'un des responsables du Club :

A faire effectuer les soins ou actes médicaux rendus nécessaires lors de blessures consécutives à la pratique du Bmx.

A autoriser l'admission de mon enfant dans tout établissement hospitalier, qu'il soit public ou privé.

D'autre part, nous autorisons l'association à diffuser sur ses documents et sur ses supports Internet, les photographies prises dans le cadre des animations et des compétitions sur lesquelles figure le pilote nommé ci-dessus.

Je reconnais par ailleurs avoir pris connaissance du Règlement Intérieur 2024 dont j'ai remis un exemplaire signé lors de mon inscription.

Fait à ....., le : / /

Signature du pilote majeur  
ou d'au moins un de ses représentants légaux :