

**Club : BMX CHAMPEY**

**Présidente : RABINE Sophie, 10 rue des Carrières 70290 PLANCHER BAS**

Contact : [mail@bmxchampey.fr](mailto:mail@bmxchampey.fr) – Site web officiel : [www.bmxchampey.fr](http://www.bmxchampey.fr)



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS COUREUR**  
**SAISON 2020-2021**

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
Adresse du coureur chez :	Mr <input type="checkbox"/> / Mme <input type="checkbox"/> / Mr & Mme <input type="checkbox"/> / Autre (préciser) <input type="checkbox"/>
Noms - Prénoms	_____
Adresse complète	_____ _____
Nom – Prénom du père	
Profession	
Téléphone portable	
Téléphone domicile	
Téléphone domicile	
Nom – Prénom de la mère	
Profession	
Téléphone portable	
Téléphone domicile	
Téléphone domicile	

**CONTACT DU OU DES RESPONSABLES (pour diffusion infos, horaires, entraînements) :**

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**COUREUR ADULTE**

**OU**

**RESPONSABLE LEGAL :**

Nom -Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Numéro en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT :**

Je soussigné (Nom, Prénom, qualité) \_\_\_\_\_

En cas d'accident de (Nom, Prénom, qualité) \_\_\_\_\_

Lors de sa participation aux entraînements, aux compétitions et / ou aux stages de BMX. J'autorise les accompagnateurs responsables à faire donner des soins ou pratiquer toute intervention chirurgicale à mon enfant en cas de nécessité constatée par un médecin et à reprendre l'enfant à sa sortie en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature :

**DROIT A L'IMAGE :**

Je soussigné(e) Monsieur, Madame \_\_\_\_\_

Autorise mon fils – ma fille \_\_\_\_\_

A apparaître sur le site internet officiel du club BMX CHAMPEY, ainsi que sur les documents du club (catalogues, trombinoscope du club, affiches, photos ...)

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature :

**REMARQUES EVENTUELLES CONCERNANT LE COUREUR (médicales, autres ...)**

---

---