

Comité Régional Auvergne Rhône-Alpes de Cyclotourisme

Ain – Allier – Ardèche – Cantal – Drôme – Isère

Loire - Haute Loire – Rhône - Puy de Dôme – Savoie - Haute-Savoie

E-mail : ffct.lra@gmail.com

Site : <http://cyclorhonalpin.org>



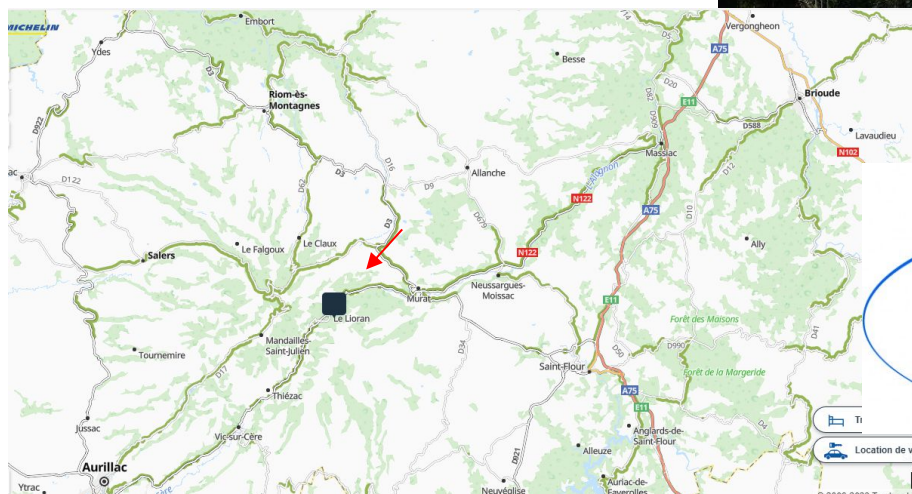
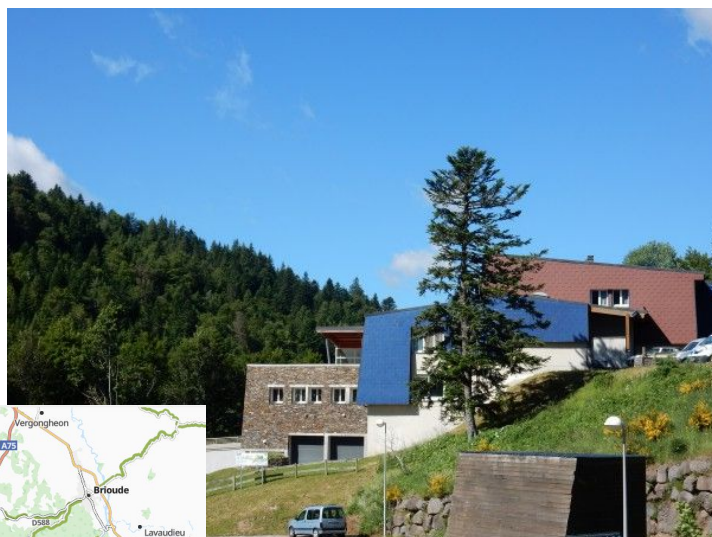
Séjour multi activités Jeunes 2024 à Super Lioran (Cantal)

Organisation :

Comité Régional Auvergne Rhône Alpes

Commission Jeunes

Dates : Arrivée dimanche 18/08/24 (au plus tard 17h) au samedi 24/08/24 à 17h max.



FAL 2, rue de la patinoire
Le Lioran
15300 LAVEISSIERE
chalet-des-galinottes@galinottes.net
www.galinottes.net
Tél : 04 71 49 50 51

Conditions d'annulation de séjour :

- Tout séjour ne pourra être remboursé dans les 15 jours précédents les dates de début, excepté en cas de présentation d'un certificat médical délivré après une hospitalisation entraînant l'impossibilité de rouler.

Utilisation du téléphone portable :

- L'utilisation du téléphone est règlementée durant le séjour afin de soulager la gestion des groupes et privilégier les échanges. De ce fait, il sera interdit pendant la prise des repas et devra être éteint après 22H. Nous le déconseillons fortement pour les plus jeunes. Nous nous autoriserons à le confisquer en cas de non-respect.

Fédération Française de Cyclotourisme
Cyclotourisme

Reconnue d'utilité publique

21001

Agrée ministère Jeunesse et Sports n° 19909
Agrée ministère du Tourisme n° AG 075 96 0004

Comité Régional Auvergne Rhône-Alpes de

Maison Régionale des Sports – 68 avenue Tony Garnier - CS

69304 LYON CEDEX 07
Tel : 04 74 19 16 17

FICHE D'INSCRIPTION

Du dimanche 18/08/2024 au samedi 24/08/24

NOM :

Prénom :

Date de naissance

Adresse :

N° Club :

Club :

N° de licence :

Téléphone (parents) :

Courriel (parents) :

Portable (parents) :

Portable jeune :

Courriel (jeune) :

Joindre :

- Fiche sanitaire (en double exemplaire) **Pas de photocopie du carnet de santé**
- Autorisation parentale
- Droit à l'image
- Charte de bonne conduite
- Copie carte sécurité sociale
- Recto Verso carte mutuelle

Inscription à renvoyer avant le 1er JUIN 2024

A l'adresse : **Monique LABORDE**
189, allée du Servetty
Hameau de Lacrevez
74540 Viuz la Chiesaz

Joindre : un chèque de 350€ par personne à l'ordre :
Comité Régional Auvergne – Rhône-Alpes de Cyclotourisme
Chèques vacances acceptés

Signature des parents

Signature du moniteur ou du président

NOM, Prénom du jeune :

Autorisation d'exploitation d'image (fixe ou animée) et du son

Je soussigné (*Nom Prénom du représentant légal*) :

Représentant légal de l'enfant (nom prénom) :

Autorisons, à titre gratuit, l'association **Comité Régional AUVERGNE - RHÔNE-ALPES de Cyclotourisme**, à **photographier / filmer** mon enfant àet en **exploiter l'image et le son**, image sur tous types de supports lors des reportages / tournages réalisés

Les prises de vues ainsi réalisées seront exploitées exclusivement dans le cadre de la communication interne et externe de l'association « COMITÉ RÉGIONAL AUVERGNE – RHÔNE-ALPES », pour ses besoins de promotion ou d'information du public sur ses activités, mais également dans le but de graver les photos prises durant le séjour **VTT Multi-activités à SUPER LIORAN** sur un support et d'en remettre un exemplaire aux participants qui souhaiteraient garder un souvenir de ces images.

Cette autorisation concerne notamment le droit au **Comité Régional Auvergne - Rhône-Alpes de Cyclotourisme** de représenter ou de se faire représenter, de reproduire ou de faire reproduire tout ou partie des photographies, par tous modes et procédés techniques connus à ce jour, notamment par voie de presse écrite (revue fédérale,...), audiovisuelle, informatique (réseaux informatiques...), sur tous supports (pellicules, papiers, vidéos, CDROM, DVD...), et en tous formats, insérés ou non dans des documents audiovisuels, informatiques, site Internet, dans le secteur non commercial, en vue de la réception collective et/ou domestique

Date et signature des parents, précédées de « bon pour autorisation »

Fait à ,le

Partie ci-dessous à lire et à signer par le jeune qui s'inscrit

En apposant ma signature au bas de ce document je m'engage à :

- Participer au séjour et aux randonnées-vélos proposées
- Me préparer avant le séjour afin d'avoir une condition physique correcte
- **Préparer mon vélo et son équipement pour que les incidents mécaniques ne perturbent pas mon séjour**
- Rouler en ayant un comportement responsable et en respectant les règles de sécurité
- Ne pas apporter, ni utiliser d'objets dangereux : couteaux, briquets, etc.
- Ne pas apporter, ni consommer de produits interdits : tabac, drogue, alcool
- Respecter le matériel, mes camarades et les encadrants
- Participer **ACTIVEMENT** à l'installation et au rangement du campement
- A faire en sorte que mes affaires soient bien rangées durant tout le séjour
- Appliquer les consignes de l'équipe d'encadrement

En cas de non-respect d'un de ces points, l'équipe d'encadrement pourra aller jusqu'à exclure un jeune du séjour

Fait àle

Signature du jeune :



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

AUTORISATION PARENTALE PRATIQUE DU CYCLOTOURISME EN CLUB

CNJ / DTN • février 2020

Nom du club

N° fédéral

Je soussigné(e) père, mère ou représentant légal :

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Email

Tél. fixe

Tél. portable

Autorise l'enfant :

Nom

Prénom

À participer aux activités organisées par le club sous la responsabilité de son président ou d'un encadrement compétent mis en place par le président (adulte accompagnateur, animateur, initiateur, moniteur) et dans le respect de la réglementation en vigueur.

En aucun cas l'enfant pratiquera les activités seul.

Recommandations particulières des parents :

Atteste avoir remis la fiche sanitaire au responsable de l'encadrement, avec tous les renseignements concernant la santé de l'enfant et les directives en cas de nécessité.

Et autorise le responsable de l'encadrement :

Nom

Prénom

À prendre toutes dispositions concernant les soins d'urgence ou l'hospitalisation, sur avis médical, concernant l'enfant susnommé

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur concernant les activités pratiquées au sein du club.

Fait à

Le

Signature, (Précédée de la mention « lu et approuvé »)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CNJ / DTN • février 2020

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux utiles pendant le séjour sportif ou l'accueil de l'enfant au sein du club. Elle sera détruite en fin de séjour ou d'accueil. En cas de problèmes médicaux identifiés après l'établissement de cette fiche, le représentant légal devra en informer le responsable et établir une nouvelle fiche. Celle-ci peut être valable pour un séjour identifié pour un ensemble d'actions organisées par une structure fédérale.

I . ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

II . VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant, **pas de photocopies du carnet**).

Précisez s'il s'agit :

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Du DT polio		
Du Dt coq		
Du Tétracoq		
D'une prise polio Rappels		
ROR 1er vaccin		
ROR rappel		

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ POUR DES RAISONS MÉDICALES, PRÉCISER LA NATURE :

III . RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

1. L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE				VARICELLE				ROUGEOLE				OREILLONS			
oui		non		oui		non		oui		non		oui		non	

2. VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ASTHME ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez les circonstances des crises et le traitement (joindre ordonnance)

3. VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL DE PATHOLOGIE CHRONIQUE OU AIGUË EN COURS ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez la / les pathologie(s) (joindre ordonnance)

4. VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL D'ALLERGIE ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez la / les allergie(s) (joindre ordonnance)

ALIMENTAIRE :

oui		non	
-----	--	-----	--

Nature :

MÉDICAMENTEUSE :

oui		non	
-----	--	-----	--

Nature :

LIÉE À L'ENVIRONNEMENT :

oui		non	
-----	--	-----	--

Nature :

5. VOTRE ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT QUI N'EST PAS EN RAPPORT AVEC LES POINTS 2-3-4 CI-DESSUS ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez la nature de celui-ci (joindre ordonnance)

6. VOTRE ENFANT A-T-IL DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX OU TOUTES AUTRES INFORMATIONS QUI AURAIENT DES RÉPERCUSSIONS SUR LE DÉROULEMENT DU SÉJOUR OU DE L'ACTIVITÉ ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez lesquels ?

RAPPEL SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE CORRESPONDANTE AUX MÉDICAMENTS.

IV . REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT À CONTACTER

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE TÉL :

FIXE :

PORTABLE :

Je soussigné, représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

Vaut pour signature :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : SUPER LIORAN

Cachet de l'Organisme (siège social)

FAL 2, rue de la patinoire Le Lioran 15300 LAVEISSIERE
chalet-des-galinottes@galinottes.net
www.galinottes.net Tél : 04 71 49 50 51

--

ARRIVÉE LE : 18/08/2024

DÉPART LE : 24/08/2024

SAISON SPORTIVE 2024

Cochez la case "Saison sportive" dans le cadre de l'activité annuelle du club