

Bulletin d'inscription

Bike Challenge 2026 – Finales nationales

Du 14 au 17 mai 2026 – Eymouthiers (16)



Le participant jeune

Nom

Prénom

Né(e) le

(jj/mm/aaaa)

Sexe (G, F)

Portable

du jeune

N° licence

(6 chiffres)

Nom du club

N° du club

(4 chiffres)

Département (num)

Photo obligatoire

< 6 mois, de bonne qualité,
sans casque ni lunettes de
soleil

Le(s) responsable(s) du jeune

Responsable 1

Responsable 2

Tierce personne
(si parents non joignables)

Lien avec le
jeune

Nom

Prénom

Adresse

Mail

Tél fixe

Tél portable

Tél bureau

Informations complémentaires

Assurance

Responsabilité Civile

Nom de la compagnie

N° de contrat

Adresse

Organisme de prévoyance
(sécurité sociale)

N° d'immatriculation

Nom

Adresse

Organisme complémentaire
(mutuelle)

Nom de la compagnie

N° de contrat

Adresse

Questions
optionnelles

Vélo pratiqué

R (route) ou V (VTT)

T-shirt offert

3XS à 3XL

Infos diverses

Fournir svp la
photocopie des
attestations

Engagements

Signature du
moniteur ou
du président
du club

Pour les jeunes en école
cyclo : les fiches
d'inscriptions doivent être
centralisées par le moniteur
ou le président du club et
envoyées groupées.

Date, signature

Signature du jeune

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

- Participer au séjour et effectuer les randonnées vélo proposées chaque jour
- Me préparer avant le séjour afin d'avoir une condition physique correcte pour rouler tous les jours
- 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 amener, ni utiliser d'accessoires dangereux : couteaux, briquets, etc.
- Ne pas amener, ni consommer de produits illicites : tabacs, drogues et alcools
- Etre capable de réaliser seul(e) les tâches élémentaires de la vie courante me concernant (hygiène corporelle, gestion de mon linge, habillement)
- Appliquer les consignes fournies par l'équipe d'animation

Date, signature

Signature du responsable de l'enfant Je soussigné(e) (prénom, nom) :

- Autorise mon enfant à participer au séjour correspondant à cette fiche
- Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille 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.
- Autorise le responsable du séjour à effectuer les démarches de sorties d'hôpital ou cabinet médical, suite à des soins ou hospitalisation.
- Autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées (si baignade prévues)
- Autorise mon enfant à être véhiculé par les véhicules de service et cars de location (si transports prévus)
- Droit à l'image. Autorise le COREG Grand Est à utiliser ou faire utiliser ou reproduire ou faire reproduire l'image et la voix de mon enfant. L'organisateur s'engage à ne produire aucune image ni son ambigu et à respecter la convention internationale des droits de l'enfant en toutes circonstances.

Date, signature

Impression de ce dossier : merci d'imprimer les pages en recto uniquement.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

