

INSCRIPTION A L'EDITION 2025

du 22 au 25 août 2025 à Noyelle sur Mer (80)

1 fiche d'inscription par personne SVP



NOM :			
Prénom :			
Date de Naissance :		Genre (F/M) :	
Adresse postale :	Voie :		
	Code postal :	Commune :	
Téléphone :	perso	Taille de TEE-SHIRT (XS/S/M/L/XL)	
	parents		
Courriel :	perso		
	parents		

(Possibilité de remplir dans les cases directement en Format Excel)

Inscription à renvoyer remplie, avant le 10 AOÛT 2025, avec la fiche sanitaire.
 A CCV 8, rue Jean Mermoz - 80200 PERONNE ou à o.henry@wanadoo.fr
 Renseignements 06 47 49 70 55 (ne pas hésiter à laisser un message)
 A réception du règlement nous vous enverrons une confirmation d'inscription et un memo des affaires à ne pas oublier.

La participation financière, cette année, est fixée est à 50€ par personne pour le camp complet.
 Pour le règlement, par chèque ou espèces, joint à cette fiche ; possibilité par virement en précisant Nom et Prénom de l'enfant aux coordonnées bancaires suivantes :

Titulaire du compte
 LES COMPAGNONS DU CAMP VELO

IBAN
 FR76 3000 3028 6800 0500 7406 941

Autorisation parentale pour les mineurs

*Je m'inscris pour participer au camp vélo.
 Je suis d'accord pour respecter les consignes, veiller à la propreté et au rangement du camp, à respecter le matériel commun et celui des autres (tentes, vaisselle, vélo...), et de participer aux tâches communes (cuisine, vaisselle, préparer le feu, aller chercher de l'eau,...)*

Signatures du participant : (date et lieu)

Madame, Monsieur,

.....

autorise(ons) notre enfant

.....

à participer au camp vélo.

Nous autorisons les encadrants à prendre les dispositions d'urgence, en cas d'accident, et fournissons une attestation d'assurance de responsabilité civile certifiant que notre enfant est couvert et participons aux frais du camp à hauteur de 50€ (tarif dégressif pour inscription de fratrie).

Signatures des parents: (date et lieu)

Fiche sanitaire Camp Vélo



Nom :

Prénom :

F /

Date de Naissance :

Date du vaccin DTP (Obligatoire) :

__/__/20__

Responsables de l'enfant

Nom Père :

Nom Mère :

Prénom :

Prénom :

Tél :

Tél :

N°Assurance responsabilité civile :

L'enfant prend-il un traitement médical quotidien au moment du camp ? (si oui, joindre une ordonnance avec les médicaments)

Oui

Non

L'enfant souffre-t-il d'allergies ? si oui lesquelles ?

Oui

Non

En cas de problème respiratoire type asthme, conserver les médicaments à portée de main au cas où il faudrait intervenir lors du trajet.

Merci de vous assurer que le vélo n'est pas contre indiqué dans le cas de l'enfant.

Conseils particuliers concernant la santé de votre enfant :

Date et Signature des Parents :