

Nom: _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Numéros de téléphone. _____ Travail : _____
Résidence : _____

Adresse électronique : _____

Personne à contacter en cas d'urgence, Nom : _____

Numéros de téléphone. _____ Travail : _____
Résidence: _____

Je, soussigné, m'engage à ne pas tenir le Club de Vélo de Montagne de val-David, ses administrateurs ou ses membres, responsables de tout accident, blessure ou dommage éventuel dont je pourrais être victime en prenant part aux activités du club. Je m'engage aussi à porter l'équipement de sécurité nécessaire à la pratique du vélo de montagne

Signature du membre : _____ Date : _____

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____

(si le membre a moins de 18 ans) _____ # de membre : _____ Paiement reçu : _____ Par : _____

Fiche médicale

Numéro d'assurance maladie:

Maladies ou allergies (incluant l'asthme):

Blessures depuis les 5 dernières années :

Médicaments pris régulièrement (et cause):

Avez-vous suivi une formation en secourisme ?

Oui _____ Non _____

Sondage

Année d'expérience en vélo de montagne :

An (s) _____

Quel est votre niveau technique ?

Débutant _____

Intermédiaire _____

Expert _____

Combien de temps disposez-vous lors d'une sortie ?

0-2 heures _____

3-4 heures _____

Plus de 4 heures _____

Aimeriez-vous faire des sorties à l'extérieur de Val-David ?

Oui _____

Non _____

Pour quelles raison avez-vous adhéré au club?

Pour rencontrer d'autres cyclistes _____

Pour découvrir d'autres sentiers _____

Compétition _____

Améliorer votre technique _____

Autres _____

Quel sont vos attentes face au club ?

Fiche médicale

Numéro d'assurance maladie:

Maladies ou allergies (incluant l'asthme):

Blessures depuis les 5 dernières années :

Médicaments pris régulièrement (et cause):

Avez-vous suivi une formation en secourisme ?

Oui _____ Non _____

