

Séjour BIKE CAMP 2026



Organisation :

Comité Régional Auvergne Rhône Alpes

Commission Jeunes

Dates : Arrivée dimanche 05/07/26 au dimanche 12/07/26.

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.

NOUS SOMMES À

- 45 mn de Metz
- 50 mn de Nancy
- 1h30 de Luxembourg
- 1h45 de Reims
- 2h30 de Strasbourg
- 3h de Paris

POUR PLUS D'INFORMATIONS

☎ **03 29 89 32 50**
contact@lacmadine.com

REJOIGNEZ-NOUS SUR @lacmadine

La Région Grand Est

WWW.LACMADINE.COM

Comité Régional Auvergne Rhône-Alpes de Cyclotourisme - 69007 LYON - 04 74 19 16 17

FICHE D'INSCRIPTION

Du dimanche 05/07/2026 au dimanche 12/07/26

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
 - Attestation aisance aquatique
 - Droit à l'image
 - Charte de bonne conduite
 - Copie carte sécurité sociale
 - Recto Verso carte mutuelle

Les inscriptions sont à faire auprès du club (fiche Excel à remplir jointe)
à renvoyer avant le 1^{er} MAI 2026 avec le règlement de l'ensemble des jeunes.

Les documents sont à envoyer à l'adresse ci-dessous :

Monique LABORDE
189, allée du Servetty
Hameau de Lacrevez
74540 Viuz la Chiesaz

Chèques vacances acceptés
Coût total du séjour 420€

Signature des parents
président

Signature du moniteur ou du

Comité Régional Auvergne Rhône-Alpes de Cyclotourisme

*Ain – Allier – Ardèche – Cantal – Drôme – Isère
Loire - Haute Loire – Rhône - Puy de Dôme – Savoie - Haute-Savoie*

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 à le

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 :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE :

DÉPART LE :

SAISON SPORTIVE

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

FORMULAIRE DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre de notre activité, nous sommes amenés à utiliser des photos des enfants de votre École française de vélo.

Il ne s'agit pas de photographies individuelles d'identité mais de photos de groupe ou des vues illustrant des enfants en activité.

En application de la loi *Informatique et libertés* et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Aussi nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous.

Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans aucun but lucratif. Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d'écarter votre enfant lors des prises de vues, soit de masquer son visage.

Dans le cadre de notre activité, nous sommes amenés à utiliser des photos des enfants de votre École française de vélo.

Il ne s'agit pas de photographies individuelles d'identité mais de photos de groupe ou des vues illustrant des enfants en activité.

En application de la loi *Informatique et libertés* et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Aussi nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous.

Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans aucun but lucratif. Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d'écarter votre enfant lors des prises de vues, soit de masquer son visage.

Parent 1 (nom, prénom) :

Parent 2 (nom, prénom) :

Autorise(ent) l'association
par la présente, à utiliser les photos de mon enfant prises au cours des activités du club durant la saison.

Refuse(ent) à l'association
par la présente, à utiliser les photos de mon enfant prises au cours des activités du club durant la saison.

Enfant (nom, prénom) :

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par courrier adressé au club.

Fait à :

Le :

SIGNATURES OBLIGATOIRES DES DEUX PARENTS ET-OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Parent 1

Parent 2

Représentant légal