

# Bulletin d'inscription Reikland LCDT

à compléter et à renvoyer  
à VANPÉE, Pascal  
rue de l'ancien presbytère 1 bte 10  
1083 Ganshoren

Nom	Prénom
Adresse	
Code postal	Ville
Pays	
Téléphone	GSM
Date de naissance	

Je m'inscris à l'activité de l'asbl LCDT

(nom de l'activité)

## Tome

qui se déroulera le (date de l'activité)

(lieu de l'activité)

Compte bancaire: 979-3244678-33 (LCDT asbl)

communication : nom, date de naissance, nom de l'activité TX

Je désire participer comme :  PJ 85 € / 100 €  
(à payer avant la 1<sup>ère</sup> échéance) (à payer à partir de la 1<sup>ère</sup> échéance)

PN 35 €

Signature

attention :  
n'oubliez pas de compléter et de signer la fiche médicale et la règlement d'ordre intérieur  
ainsi que l'autorisation parentale si le participant est mineur d'âge.

## Règles d'ordre intérieur

1. Toute personne inscrite à une activité organisée par l'asbl LCDT doit connaître et adhérer au présent règlement d'ordre intérieur et s'y soumettre.
2. Toute personne âgée de moins de 18 ans désirant participer à nos activités doit joindre au bulletin d'inscription une autorisation écrite de ses parents ou de son tuteur légal.
3. La fiche médical doit être impérativement complétée et renvoyée avec le formulaire d'inscription.
4. Tout participant a charge de maintenir et de respecter la propreté et l'état de sites et locaux mis à sa disposition lors des activités de l'association. Dans cette optique et pas soucis de réalisme, les canettes, paquets de chips et emballages en tout genre ne seront pas admis sur le site des activités.
5. Tous les participants sont responsables de leurs actes et des conséquences de ceux-ci. Les organisateurs déclinent toutes responsabilités en cas d'accident ne découlant directement des activités.
6. Les organisateurs déclinent toutes responsabilités en cas de vol ou de détérioration de biens propres.
7. Toute personne surprise en état d'ébriété ou sous l'effet d'une substance illicite sera passible d'exclusion sans remboursement possible.
8. Sont interdits d'accès toutes les zones désignées comme dangereuses par l'organisation (éventuellement balisées) ainsi que les propriétés privées en bordure de site.
9. Tout arme ou pièce d'armure doit être présentée aux organisateurs en début d'activité pour homologation.
10. Le paiement de l'inscription n'est récupérable que deux semaines avant la date de l'activité.
11. Le non respect d'un ou de plusieurs points du présent règlement pourra donner lieu à une exclusion ou à tout sanction décidée par les organisateurs et à eux seuls. Les organisateurs se réservent le droit d'exclure un participant pour tout raison leur semblant nécessaire, et ce sans avoir à justifier leur décision.

date

signature

**Je soussigné(e)**

**domicilé(e)** (adresse complète)

**autorise** (nom du mineur)

**à participer à l'activité de l'asbl LCDT :** (nom de l'activité)

- Tome

**qui se déroulera le** (date de l'activité)

**au** (lieu de l'activité)

**date**

**signature**



# Fiches médicales

Groupe sanguin

Poids/taille

## Personne à contacter en cas d'urgence :

Lien de parenté

Nom

Prénom

Adresse

Téléphone  
(pour le week-end)

GSM

## Données médicales

Nom du médecin traitant

Adresse

Téléphone

Le participant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> diabète             | <input type="radio"/> asthme                          | <input type="radio"/> maladie contagieuse |
| <input type="radio"/> affection cardiaque | <input type="radio"/> somnambulisme                   | <input type="radio"/> épilepsie           |
| <input type="radio"/> affection cutanée   | <input type="radio"/> Handicap moteur                 | <input type="radio"/> Handicap mental     |
| <input type="radio"/> Diphthérie          | <input type="radio"/> allergies – si oui lesquelles : |   |
| <input type="radio"/> autres ...          |   |   |

Pour les affections retenues, merci d'indiquer quel est le traitement habituel/comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre :

Le participant est-il vacciné contre le tétanos ?

oui

non

Date du dernier rappel :

Le participant a-t-il reçu du sérum antitétanique ?

oui

non

En quelle année ? :

Date, nom, prénom et signature

(du parent/tuteur ou du participant si ce dernier est majeur)

**NB : Pensez à avoir votre carte SIS !!!**

Si vous ne désirez pas nous fournir d'information sur votre santé, veuillez remplir la déclaration au recto de cette fiche

Je soussigné(e)

ne souhaite pas communiquer les renseignements demandés dans la fiche médicale au recto. Par conséquent, je dégage l'asbl LCDT de toute responsabilité liée à tout accident qui pourrait survenir durant l'activité de l'asbl LCDT

(nom de l'activité)

: Tome .

date

signature

