



Formulaire



d'inscription



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ H ( ) F ( )  
Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Date de naissance(a/m/j) \_\_\_\_\_  
Tél.: \_\_\_\_\_ Courriel/E-mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

**Inscription:** Individuelle ( ) Familiale ( ) **N.B.:** Pour les membres corporatifs ou club cycliste veuillez nous contacter.

Si familiale, indiquer le nom de toutes les personne qui désirent devenir membres:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Cotisation** (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de la même année)

**Individuelle:** \$20.00 ( ) **Familiale:** \$30.00 ( ) (enfant gratuit si à la même adresse et -18 ans)  
\$10.00 ( ) (personne de plus de 18 ans à la même adresse)

**Nouveau membre ( ) Renouvellement ( )**

Le, ou un membre indiqué dans ce formulaire souffre-t-il de problèmes physiques ou mentaux pouvant constituer un danger quelconque pour lui ou les autres membres du club lors des sorties de groupe? Non: ( ) - Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

**Type de bicyclette:** Vélo de ville ( ) Vélo de montagne ( ) Vélo de cyclotourisme ( ) Vélo course ( ) Remorque pour enfants ( )  
Vélo en position de pédalage horizontal: swb ( ) clwb ( ) lwb ( ) artisanal ( )

❖ Voulez vous être de notre équipe de bénévoles ? oui ( ) non ( )

❖ Champs d'intérêt :  
Recrutement ( )  
Activités ( )  
Bulletin ( )  
Autres ( )

❖ Disponibilité : \_\_\_\_\_ heures par mois

❖ Désirez-vous être inscrit dans le répertoire des membres  
(ex: nom/adresse/tél.) ? oui ( ) non ( )

❖ Désirez-vous être sur notre liste pour offrir à l'occasion du transport  
à d'autres membres ? oui ( ) non ( )

❖ Êtes-vous membre de vélo Québec? oui ( ) non ( )

À quel endroit vous êtes vous procurez ce formulaire?

- Site Internet du club.
- Salon du Grand Air.
- Maison du Cycliste sur la rue Rachel.
- Boutique de vélo? \_\_\_\_\_.
- Bulletin du club.
- Revue, magazine? \_\_\_\_\_.
- Ami(e) cycliste ou VPHiste.
- Autres ? \_\_\_\_\_.

**Renonciation :** Je, soussigné(e), déclare être pleinement conscient(e) que la pratique du cyclisme seul(e) ou en groupe présente des dangers de subir des blessures physiques ou des dommages matériels. En conséquence, je renonce entièrement et pleinement par la présente tant pour moi-même, que pour mes héritiers ou représentants légaux ainsi que pour toute personne pour laquelle j'agis à titre d'administrateur à toute réclamation contre ladite association, ses dirigeants et ses membres pour tout dommage personnel ou matériel, direct ou indirect que je pourrais ou que la personne que je représente pourrait subir dans le cadre de ma (sa) participation aux activités dudit club. Je m'engage de plus à indemniser l'Association des Vélos en Position Allongée Du Québec pour tout dommage causé à ladite association ou à des tiers par ma participation ou la participation de la personne que je représente aux activités de ladite association. Je déclare avoir lu la présente déclaration, en comprendre pleinement la portée et en conséquence, je m'engage en toute liberté envers ladite association.

**Je (nous) m'(nous) engage(ons) par ma (notre) signature au présent formulaire à respecter en tout temps les règlements de l'association.**

**Important: S'il s'agit d'une inscription familiale, tous les membres majeurs doivent signer ce formulaire.**

Signature \_\_\_\_\_ /Nom en lettres moulées \_\_\_\_\_ /Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ /Nom en lettres moulées \_\_\_\_\_ /Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ /Nom en lettres moulées \_\_\_\_\_ /Date \_\_\_\_\_

Signature du tuteur \_\_\_\_\_ /Nom en lettres moulées \_\_\_\_\_ /Date \_\_\_\_\_

**Retournez le formulaire dûment rempli avec votre chèque libellé au nom de : A.V.P.A.Q. (Association des Vélos en Position Allongée du Québec), 1771, rue St-Hubert, suite 1-A, Montréal ( Québec ) Canada H2L 3Z1 ou par courriel : avpaq@velorizantal.com**  
**N.b : Veuillez noter que nous allons souscrire très bientôt à une assurance de groupe pour l'association, ce qui règlera la portion responsabilité et qui couvrira aussi le membre de l'association.**

Espace réservé à l'A.V.P.A.Q.

Carte No. : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Payé : \_\_\_\_\_ No. Chèque : \_\_\_\_\_ Date expiration : \_\_\_\_\_