

## VÊTEMENTS OBLIGATOIRES

Le VTT est un sport extérieur soumis aux conditions climatiques. Nous vous demandons d'adapter votre tenue aux conditions envisagées. **Regardez la météo la veille** pour préparer votre équipement.

### En permanence

- Des chaussures (si possible sans lacets) avec des crampons (pas de semelle lisse).
- Les basquettes de rando sont idéales pour ça.
- Des gants ou mitaines (protection contre les chutes et les végétaux)
- 1 coupe-vent imperméable en cas de pluie

### En Hiver

- Des gants longs et chauds
- 1 cache col
- 1 haut à manches longues
- 1 bas long près du corps (cuissard, leggings, surêtement ajusté)

## MATÉRIEL OBLIGATOIRE

Mon VTT (pas de BMX ni de VTC) doit être **propre, adapté à ma taille, entretenu et en bon état de fonctionnement**. Avant la séance, la veille ou l'avant-veille, je vérifie les freins, les roues (serrées), les pneus (gonflés), les vitesses...

### (ne jamais venir sans rien avoir mangé le matin)

- 1 VTT en bon état et propre
- 1 casque à ma taille
- 1 grande d'eau (pas de soda ni sirop)
- 1 petit-déjeuner pris avant la séance
- **(ne jamais venir sans rien avoir mangé le matin)**
- 1 sac à dos avec :
  - 1 chambre à air adaptée à mon vélo (taille et valve)
  - 1 pompe adaptée
  - 3 démonte-pneus
  - 1 kit multi-outils
  - 1 dérive-chaîne
  - 1 attache-rapide (chaîne)
  - 1 câble de frein
  - 1 câble de dérailleur
  - 1 clé à rayon
  - De quoi démonter ses roues

## VOS ENCADRANTS DIPLÔMÉS



**Eddy KERVEVAN**  
06 44 11 45 84



**Sébastien MAZZEGA**  
06 61 95 16 68



**Nicolas ROY**  
06 76 75 18 49



**Guillaume HANARTE**  
06 30 28 18 22



**Olivier BRANCHEREAU**  
06 82 37 11 83



**Jean-Marc PEZOT**  
06 79 92 80 08



**Pierre-Yves BOURNAND**  
06 11 44 06 83



**Mathis GOULARD**  
06 37 87 62 38

### ARRIVÉE / DÉPART DES SÉANCES (ORVAULT)

vélo    voiture    autorisé à rentrer seul



### PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM	Prénom	Lien	N° Tél.


### TRAITEMENTS MÉDICAUX / ALLERGIES


Coordonnées du médecin traitant	Traitements et allergies
---------------------------------	--------------------------

Prénom NOM

Adresse

Date de naissance JJ/MM/AAAA

	<b>ARRIVÉE / DÉPART DES SÉANCES (ORVAULT)</b>								
	vélo    voiture    autorisé à rentrer seul								
	<b>PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE</b>								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">NOM</td> <td style="width: 25%;">Prénom</td> <td style="width: 25%;">Lien</td> <td style="width: 25%;">N° Tél.</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	NOM	Prénom	Lien	N° Tél.				
NOM	Prénom	Lien	N° Tél.						
<b>TRAITEMENTS MÉDICAUX / ALLERGIES</b>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Coordonnées du médecin traitant</td> <td style="width: 50%;">Traitements et allergies</td> </tr> <tr> <td style="height: 60px;"></td> <td></td> </tr> </table>	Coordonnées du médecin traitant	Traitements et allergies							
Coordonnées du médecin traitant	Traitements et allergies								
Prénom NOM									
Adresse									
Date de naissance JJ/MM/AAAA									

	<b>ARRIVÉE / DÉPART DES SÉANCES (ORVAULT)</b>								
	vélo    voiture    autorisé à rentrer seul								
	<b>PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE</b>								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">NOM</td> <td style="width: 25%;">Prénom</td> <td style="width: 25%;">Lien</td> <td style="width: 25%;">N° Tél.</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	NOM	Prénom	Lien	N° Tél.				
NOM	Prénom	Lien	N° Tél.						
<b>TRAITEMENTS MÉDICAUX / ALLERGIES</b>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Coordonnées du médecin traitant</td> <td style="width: 50%;">Traitements et allergies</td> </tr> <tr> <td style="height: 60px;"></td> <td></td> </tr> </table>	Coordonnées du médecin traitant	Traitements et allergies							
Coordonnées du médecin traitant	Traitements et allergies								
Prénom NOM									
Adresse									
Date de naissance JJ/MM/AAAA									