

Pour les mineurs : AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Madame, monsieur, père, mère, tuteur légal (1)

Domicilié :

Code postal : Ville :

☎ fixe : ☎ travail :

☎ portable :

E-mail « EN MAJUSCULES » nécessaire pour la licence FFME et pour l'organisation du club

Autorise, mon fils, ma fille (1)

Nom : Prénom

Date de naissance Créneau 2017-2018 : jour heures

À participer aux activités de la section escalade (entraînements, stages, compétitions) pendant la saison sportive.

Pour cela :

- Je m'engage à respecter les horaires d'entraînement, à remettre mon enfant à l'entraîneur et à venir le récupérer auprès de l'entraîneur. Ainsi, mon enfant reste sous mon entière responsabilité en dehors des heures d'entraînement, ce qui inclut l'avant et l'après séance.

- Mon enfant pourra être véhiculé par un parent ou un membre du club lors des stages, compétitions ou sorties en extérieur.

- Je donne aux responsables de la section l'autorisation de prendre toute décision qu'ils jugeraient utile et autorise le médecin ou le chirurgien à intervenir s'il en juge la nécessité.

- Je donne l'autorisation aux responsables de publier les photos de mon enfant sur le site internet du club

<http://www.escalade-chevigny.fr> ou sur tout document d'information ou de promotion de celui ci.

- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur consultable sur le site du club.

PREMIERE LICENCE

CERTIFICAT MEDICAL

Certificat médical: compétition

- Je certifie avoir fourni un certificat médical de non contre-indication aux sports statutaires de la fédération établi mon médecin et avoir pris connaissance des précautions et restrictions éventuelles des pratiques.

RENOUVELLEMENT DE LA LICENCE

Vous avez transmis un certificat médical dans les trois dernières années. Le questionnaire de santé que le club vous a remis est à compléter. Si toutes vos réponses sont négatives, l'attestation ci-dessous est à compléter, si l'une des réponses est positive vous devez fournir un nouveau certificat médical et compléter ci-dessus.

Attestation de santé :

Je soussigné(e) en ma qualité de représentant légal de

Nom : Prénom

certifie avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Je déclare avoir reçu et avoir remis le coupon signé du contrat d'assurance de la licence FFME.

fait à : le : **Signature de l'autorité parentale :**

Réservé au club

Créneau : jour horaires :

Mode de règlement :

<input type="checkbox"/> Chq B : banquen°.....=€
<input type="checkbox"/>n°.....=€
<input type="checkbox"/>n°.....=€
<input type="checkbox"/> CE : nomn°.....=€
Licence FFME	<input type="checkbox"/> Chq V : nbre :.....X	€ °.....=€
n°:.....	<input type="checkbox"/> Espèces	°.....=€

Certificat Médical : OUI NON Assurance FFME OUI NON Total =€