



Inscription Saison 2024/2025

MINEUR

GROUPE : Fun Crystal -Vendredi 18h30/20h30 —> 115€

Nouveau Réinscription -15€ OU Famille -10€ OU Etudiant 10€

ATHLÈTE :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ TEL PERSO : _____

RESPONSABLE LÉGAL 1	RESPONSABLE LÉGAL 2
NOM Prénom : _____	NOM Prénom : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Mail : _____	Mail : _____
Profession : _____	Profession : _____

Contact supplémentaire (Nom Prénom, lien, tél) : _____

		OUI	NON
DÉPLACEMENT	Autorise mon enfant à arriver et repartir seul		
TRANSPORT	Autorise les entraineurs ou dirigeants du club à transporter mon enfant lors de déplacements		
IMAGE	Autorise l'association à utiliser l'image de mon enfant dans un but de communication sur tous supports (papier, réseaux sociaux, site web....)		
SANTÉ	Autorise les entraineurs ou dirigeants du club à faire pratiquer tout acte y compris chirurgical que le corps médical préconisera pour mon enfant		
Médecin : _____			
N° Sécurité Sociale : _____			
Problème de Santé :(asthme, allergies, crises d'angoisse, blessures régulières.....) _____ —> <u>Si traitement joindre ordonnance</u>			

Toute inscription vaut adhésion au règlement intérieur dont j'ai pris connaissance, et engagement au paiement de la cotisation, paiement du nettoyage et caution de la tenue.

Signature responsable :

Signature athlète :



Inscription Saison 2024/2025

MAJEUR

GROUPE : Fun Crystal -Vendredi 18h30/20h30 —> 115€

Nouveau Réinscription -15€ OU Famille -10€ OU Etudiant 10€

ATHLÈTE :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ TEL PERSO : _____

ADRESSE : _____

MAIL : _____

PROFESSION (ou études) : _____

Contact en cas d'urgence (Nom Prénom, lien, tél) : _____

		OUI	NON
TRANSPORT	Autorise les entraineurs ou dirigeants du club à me transporter lors de déplacements		
IMAGE	Autorise l'association à utiliser mon image dans un but de communication sur tous supports (papier, réseaux sociaux, site web....)		
SANTÉ	Autorise les entraineurs ou dirigeants du club à faire pratiquer tout acte y compris chirurgical que le corps médical préconisera pour ma personne		

Médecin : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Problème de Santé :(asthme, allergies, crises d'angoisse, blessures régulières.....)

—> Si traitement joindre ordonnance

Toute inscription vaut adhésion au règlement intérieur dont j'ai pris connaissance, et engagement au paiement de la cotisation, paiement du nettoyage et caution de la tenue.

Signature athlète :