



# FICHE D'INSCRIPTION



cadre grisé = réservé au club

## Parents/Responsable légal

	Mère	Père
Nom/Prénom:	_____	_____
Adresse:	_____	_____
CP/Ville:	_____	_____
Téléphone:	_____	_____
Mail: (en majuscule)	_____	_____
Profession:	_____	_____

Dans le cadre des manifestations organisées par le club seriez-vous prêts à donner de votre temps ? OUI  NON

Adhérent 1	Groupe:	Nombre:	Jour d'Entrainement:
Nom/Prénom: _____			<input type="checkbox"/> Tumbling <input type="checkbox"/> GAF <input type="checkbox"/> Eveil
Date de naissance: _____			<input type="checkbox"/> Trampoline <input type="checkbox"/> Parkour
Etablissement Scolaire: _____			<input type="checkbox"/> GAM <input type="checkbox"/> Baby-Gym
Photo: <input type="checkbox"/>	Certificat Médical: <input type="checkbox"/>		Enveloppes timbrées: <input type="checkbox"/>

Adhérent 2	Groupe:	Nombre:	Jour d'Entrainement:
Nom/Prénom: _____			<input type="checkbox"/> Tumbling <input type="checkbox"/> GAF <input type="checkbox"/> Eveil
Date de naissance: _____			<input type="checkbox"/> Trampoline <input type="checkbox"/> Parkour
Etablissement Scolaire: _____			<input type="checkbox"/> GAM <input type="checkbox"/> Baby-Gym
Photo: <input type="checkbox"/>	Certificat Médical: <input type="checkbox"/>		Enveloppes timbrées: <input type="checkbox"/>

Adhérent 3	Groupe:	Nombre:	Jour d'Entrainement:
Nom/Prénom: _____			<input type="checkbox"/> Tumbling <input type="checkbox"/> GAF <input type="checkbox"/> Eveil
Date de naissance: _____			<input type="checkbox"/> Trampoline <input type="checkbox"/> Parkour
Etablissement Scolaire: _____			<input type="checkbox"/> GAM <input type="checkbox"/> Baby-Gym
Photo: <input type="checkbox"/>	Certificat Médical: <input type="checkbox"/>		Enveloppes timbrées: <input type="checkbox"/>

RESERVE AU CLUB			
Adhérent 1	<input type="checkbox"/> Nouvelle <input type="checkbox"/> Ré-inscription <input type="checkbox"/> Mutation		TOTAL COTISATIONS: _____ €
Adhérent 2	<input type="checkbox"/> Nouvelle <input type="checkbox"/> Ré-inscription <input type="checkbox"/> Mutation	Paiement 1: _____	(N° chèque _____)
Adhérent 3	<input type="checkbox"/> Nouvelle <input type="checkbox"/> Ré-inscription <input type="checkbox"/> Mutation	Paiement 2: _____	(N° chèque _____)
		Paiement 3: _____	(N° chèque _____)
<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> Autres (chèques vacances, coupon sport, etc...)			

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Nom et Prénom de ou des enfant(s): \_\_\_\_\_

**AUTORISE**

**N'AUTORISE PAS**

- > La prise d'une ou plusieurs photographies et/ou vidéos à titre gracieux représentant mon/mes enfant(s) dans le cadre des activités, des compétitions et réunions collectives organisées par l'association du Stade Castrais.
- > La diffusion et la publication pour une durée illimitée, sont destinées à l'usage de l'association pour le site internet, les journaux, l'affichage...
- > Je prends note que je conserve le droit d'accès et de rectification de ces informations (image/vidéo) et que je peux interrompre à tout moment toute nouvelle publication sur simple demande adressée par courriel à : [stade-castrais@wanadoo.fr](mailto:stade-castrais@wanadoo.fr)

## AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon/mes enfant(s):

- > A rentrer seul au domicile
- > A attendre à l'extérieur de la salle en dehors des heures de cours
- > J'autorise les membres de l'association à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant pendant les entraînements ou les compétitions (en cas de blessure, nous nous tenons obligés d'appeler les pompiers)

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

## MEDICAL

Je précise si mon/mes enfant(s) a/ont:

**Un traitement récurrent:** \_\_\_\_\_

**Une maladie:** \_\_\_\_\_

**Autre problème de santé :** \_\_\_\_\_  
(asthme, allergie, etc...)

**Nom du Médecin traitant:** \_\_\_\_\_

**Nom, Prénom et téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence:**

\_\_\_\_\_

Je reconnais avoir pris connaissance des valeurs et chartes de la FFGYM

A: \_\_\_\_\_

Signature:

Le: \_\_\_\_\_