



CERCLE D'ESCRIME DE SABLÉ

DEMANDE D'ADHESION 2020-2021

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Adresse :

Nationalité :

Droitier Gaucher (rayer la mention inutile)

Téléphone fixe :

Portable du tireur :

Portable de la maman :

Portable du papa :

Adresse e-mail parents :

Adresse e-mail tireur :

Pour les tireurs à partir de M15, passeport compétition : oui non

Pour les tireurs à partir de M11, surclassement demandé : oui non

(surclassement possible seulement si précisé sur certificat médical renouvelé tous les ans)

Sablé sur Sarthe, le

SIGNATURE

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER

Les tireurs peuvent être pris en photo ou en vidéo lors des activités sportives. Leur image peut ensuite être utilisée par le club à des fins de communication. La législation actuelle nous oblige à vous demander votre autorisation pour vous ou votre enfant, aussi vous voudrez bien compléter l'autorisation ci-dessous :

NOM :

Prénom :

Nom et prénom de l'enfant :

Autorise N'autorise pas (rayer la mention inutile)

le Cercle d'Escrime de Sablé à me prendre en photo (ou vidéo) ou mon enfant à des fins de communication

Sablé sur Sarthe, le

SIGNATURE

INFORMATIONS SANITAIRES:

1/ Médecin traitant :

Téléphone :

Adresse :

2/ Vaccination (joindre une photocopie du carnet de vaccinations au nom de l'enfant) :

DTCP-TETRACOQ injection le :

SI LE TIREUR N'A PAS REALISE LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

3/ Signaler les traitements et/ou allergies :

.....
.....

4/ Avez-vous d'autres remarques supplémentaires ?

.....
.....

Je soussigné(e)

responsable légal de :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Autorise l'organisateur et l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de santé du tireur et m'engage à rembourser à la structure, les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

Fait à :

Date :

Signature :