



## CERCLE D'ESCRIME DE SABLE

DEMANDE D'ADHÉSION 2024-2025

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ Organisme : \_\_\_\_\_

Mutuelle ou CMU : \_\_\_\_\_ Valable du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

N° Adhérent: \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Les services de l'état procéderont à une consultation du casier judiciaire et du fichier des auteurs d'infractions sexuelles et violences afin de vérifier l'honorabilité des bénévoles ( équipe dirigeante, adulte accompagnateur et arbitres ... )

**Droitier      Gaucher      (rayer la mention inutile)**

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Portable et adresse e-mail du tireur : \_\_\_\_\_

Portable et adresse e-mail de la mère : \_\_\_\_\_

Portable et adresse e-mail du père : \_\_\_\_\_

**Pour les tireurs à partir de M11 ( 2ème année ), surclassement demandé : oui non**

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

Fait à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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

## INFORMATIONS SANITAIRES

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**Vaccination** (joindre une copie du carnet de santé ou vaccination au nom du tireur)

DTCP-TETRACOQ dernière injection le : \_\_\_\_\_

(Si le tireur n'a pas réalisé les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.)

**Traitements et/ou allergies** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Remarques autres** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 :