

Ne pas remplir - réservé aux administratifs

Loisir  Compétition  Montant cotisation .....

Mode de paiement : Chèque(s) ..... Espèces ..... CV ..... CE .....

Pass'asso: T1  T2  T3  Montant à régler .....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE GYMNASTE

Nom : .....Prénom : .....Né(e) le : .....

Adresse : .....

Code postal : .....Ville : .....

NOM du représentant légal (si le gymnaste est mineur) : .....

Tél. : .....Email : .....@.....

## NUMEROS DE TELEPHONE EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom : .....Téléphone : .....

Nom et prénom : .....Téléphone : .....

Je soussigné (e) ....., responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus

## AUTORISATION PARENTALE

- Autorise mon enfant à quitter seul le lieu d'entraînement ou de compétition sous ma responsabilité
- N'autorise pas mon fils ou ma fille à quitter seul le lieu d'entraînement ou de compétition. Il doit le quitter en ma présence ou en la présence de : .....

## DECHARGE PARENTALE

- Autorise les dirigeants de la section à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident.
- N'autorise pas les dirigeants de la section à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident.

## DROIT A L'IMAGE

- Autorise les dirigeants de la section à utiliser, dans le cadre des activités pratiquées, des photos et des vidéos de l'adhérent nommé ci-dessus, sur les supports de communication de l'ASH (plaquette, site Internet, bulletin, CD Rom, panneaux d'affichage...).
- N'autorise pas les dirigeants de la section à utiliser des photos et des vidéos de l'adhérent nommé ci-dessus,

## ASSURANCES COMPLEMENTAIRES

Après avoir pris connaissance des informations sur les assurances liées à l'activité

- Accepte l'assurance complémentaire proposée.  Renonce à l'assurance complémentaire proposée.

CERTIFICAT MEDICAL : Date : .....

**Je déclare avoir lu et approuvé le règlement d'inscription joint (à conserver) et accepte de m'y conformer**

Le : .....

Signature : .....