



# ELGAR GYM

42 rue Philippe Veyrin - 64500 Saint Jean de Luz

06 31 78 68 33 ou 06 72 76 46 00

elgargym@gmail.com

## FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2016/2017

NOM : ..... PRENOM de **l'enfant** : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Adresse complète du domicile : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Portable 1: .....

Portable 2 : ..... Professionnel : .....

Adresse e-mail **EN MAJUSCULES** : .....

## DEMANDE D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) (Nom Prénom), ..... père, mère, tuteur(trice)  
(rayer les mentions inutiles) demande l'inscription de mon enfant au club Elgar Gym.

### Renseignements obligatoires :

N° de sécurité sociale : .....

Compagnie assurance complémentaire : .....

N° de contrat : .....

A..... le .....

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé » :

## DOSSIER À RETOURNER COMPLET DÈS LA 2<sup>ème</sup> SEANCE

### ACCOMPAGNE DE :

- La présente fiche dûment et lisiblement complétée et signée recto-verso
- Le règlement de la cotisation
- 1 enveloppe timbrée marquée à votre adresse
- Une photo d'identité : **uniquement pour les groupes « compétition »**

**POUR DES RAISONS DE SECURITE ET D'ASSURANCE, LES ELEVES N'AYANT PAS RENDU LEUR DOSSIER, NE POURRONT ETRE ACCEPTES EN COURS.**

## AUTORISATION PARENTALE

- Je soussigné(e) : .....  Mère  Père  Représentant légal

### Je m'engage à:

- Vérifier la présence du professeur avant de laisser mon enfant au **Gymnase**.
- Récupérer mon enfant à l'heure précise de fin de cours au **Gymnase**.
- Dégager toute responsabilité en cas de perte ou de vol dans les vestiaires.

En cas de non-respect de ces deux clauses et s'il survient un accident en dehors de l'horaire strict de la séance suivie par votre enfant, le club sera dégagé de toute responsabilité.

- **Autorise l'enfant** : ..... à emprunter les transports motorisés conduits par une tierce personne lors de déplacements pour se rendre sur certaines activités:  Oui  Non
- **Autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité** :  Oui  Non
- **Autorise la prise de vue**, la reproduction et la diffusion de l'image de mon enfant dans le cadre des activités organisées par le club (Site internet, Facebook, presse)  Oui  Non

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- Recommandations des parents :

.....  
.....

- Je soussigné(e): ..... ,en cas d'accident survenu au cours de la séance ou de la compétition en cours, j'autorise le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires en collaboration avec les organismes d'urgence.

Fait à....., le..... (Signature)

## CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) ....., Docteur en médecine,

Certifie que M.....,

- Ne présente pas de contre-indication à la pratique de la gymnastique artistique.

A....., le...../...../2016.

*Signature et cachet du médecin*