



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^{ème} 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