## Le



*C.L.A.N*

##  le « CROSS LOISIR ATHLETIC NOVAIS »

## *VOTRE ASSOCIATION DE COURSE A PIED A NOVES*

##  Taille\* : N° adhérent :

## BULLETIN D’INSCRIPTION 2013

**Nom :**

**Prénom :**

**Age :** **Sexe : M 🞎 F 🞎**

🕿 **Fixe :**

🕿 **Port :**

**E-mail** **:**

**Date de naissance :** . . / . . / . .

**Adresse***(complète)***:**

***HORAIRES DES ENTRAINEMENTS :***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mardi 18h45** | Jeudi 18h45 | Samedi 09h00 |

***QUE VOUS FAUT-IL POUR ADHERER AU C.L.A.N ?***

**Au niveau administratif :**

* Remplir le présent formulaire
* Vous inscrire en acquittant une cotisation annuelle d’adhésion à l’association de 40 € (à régler au plus tard le 30 MARS 2013 par chèque à l’ordre du « C.L.A.N »), la cotisation annuelle reste du jusqu’au 31 décembre 2013.

### Obligations

* Faire remplir par votre médecin traitant le certificat médical de « **non contre indication à la pratique de la course à pied** » proposé par nos soins au verso de cette feuille
* Les mineurs (16 ans révolus) doivent fournir l’autorisation parentale (annexe1), ainsi qu’une attestation de responsabilité civile.

####

####  DROIT à l’image

J’autorise la diffusion des images

Je n’autorise pas la diffusion des images

\*Taille vestimentaire (S, M, L, XL…)

#### CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)

Docteur en médecine à

Déclare avoir examiné M

**Et atteste l’absence de contre indication à la pratique**

 **de la course à pied\***

**\*Si vous vouhaitez participer a des courses regionales, pensez a vous faire prescrire EN PLUS un certificat medical**

**de non contre indication a la pratique *de la course a pied en competition***

**Recommandations du médecin s’il y a lieu** :

Fait à Le

**Cachet et signature du médecin traitant**

Annexe1

**AUTORISATION PARENTALE POUR LES ENFANTS MINEURS (OBLIGATOIRE)**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

autorise mon enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_à pratiquer la Course à pied et les disciplines associées. J’autorise les responsables du CLAN auquel adhère mon enfant, à prendre en cas d’accident sérieux dans la pratique du sport, toute décision d’ordre médical, s’il leur est impossible de me joindre en temps voulu.

Indications médicales éventuelles : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature avec mention « lu et approuvé « :

Signature :

Date :

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D’ACCIDENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | MERE | PERE | MEDECIN |
| NOM |  |  |  |
| PRENOM |  |  |  |
| FIXE |  |  |  |
| PORTABLE  |  |  |  |

**AUTORISATION POUR LA DIFFUSION DE PHOTOS**

Je soussigné(e), père, mère, tuteur, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De l’enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorise le CLAN à diffuser sa photo dans le cadre de la presse, et de notre site.

Signature :

Date :

**RESPONSABILITE PARENTALE**

La responsabilité du CLAN ne saurait être engagée pour tous les trajets extérieurs.

Signature :

Date :