



INSCRIPTION SAISON
2014/2015

ENFANT ou ADULTE:

NOM Prénom	
Date de naissance	
Ancien adhérent <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Groupe saison 2013/2014 (moniteur) :
Nouvel adhérent <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Niveau ESF :
Horaires:	3h <input type="checkbox"/> 6H <input type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/>
Participation aux courses	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
OBSERVATIONS MEDICALES	

* Cochez la case choisie.

PARENTS OU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM Prénom	
Adresse mail	
Adresse principale	

Téléphone fixe	
Téléphone mobile	
Adresse en Cerdagne	
Autres enfants au ski club	- - -

Acceptation du règlement intérieur

Acceptation du règlement intérieur

Je soussigné (e),
responsable légal de l'enfant
reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur, et en accepter les clauses.

Signature :

Décharge de Responsabilité pour le transport des enfants

Je soussigné (e),
.....
responsable légal de l'enfant.....
.....
décharge de toute responsabilité, l'association sportive PUIGMAL BASSE CERDAGNE
ainsi que les parents d'autres enfants, susceptibles de transporter mon fils ou ma fille,
lors des déplacements d'entraînements ou en course.

Signature :

Autorisation d'utilisation des images sur le site du SKI CLUB PUIGMAL et dans la presse

Je soussigné,
.....
responsable légal de
l'enfant.....
autorise l'association sportive PUIGMAL BASSE CERDAGNE, à utiliser
l'image
photographique de mes enfants, ainsi que la mienne et celle de mon (ma)
conjoint(e) à des
fins publicitaires, commerciales et publiables, quel que soit le support, papier ou informatique.

Signature :



**AUTORISATION PARENTALE en cas d'urgence,
SAISON 2014/2015.**

Je soussigné(e), le responsable légal, M./Mme:

Adresse:

Téléphones:

- Domicile:
- Travail:
- Portable:

**Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale
ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant:**

Nom/ Prénom:

Date de naissance:

N° Sécurité sociale:

Personnes à joindre en cas d'urgence:

Fait le

Signature du/des parents

Précédée de la mention « lu et approuvé »

