

PHOTO

DISCIPLINE : _____

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ **LIEU DE NAISSANCE :** _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

TELEPHONE : _____ **EMAIL :** _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : _____

AUTORISATION PARENTALE POUR MINEUR

Je soussigné(e) _____

En ma qualité de père, mère ou responsable légale.

- J'autorise l'enfant _____ à pratiquer toutes les activités sportives dispensées dans le cadre de la SACAMP.
- Je cède les droits à l'image à la SACAMP, dans le cadre de la pratique sportive au sein du club : Oui Non
- J'atteste avoir pris en compte le règlement intérieur.

DATE

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGALE DE L'ADHERENT(E)

____/____/2018

Cotisation d'un montant total de : _____ € payable en espèces ou chèques à l'ordre de la SACAMP à remettre lors de l'inscription.

Banque: _____ N° du chèque : _____ Montant: _____ Date: _____

Banque: _____ N° du chèque : _____ Montant: _____ Date: _____

Banque: _____ N° du chèque : _____ Montant: _____ Date: _____

Je soussigné(e) Dr _____ Certifie que :

Monsieur, Madame ou Mademoiselle _____ NE REPRESENTE AUCUNE
CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE EN COMPETITION DE L'ACTIVITE _____

Cachet du médecin, signature & date