

UNION SPORTIVE DE REVONNAS

FICHE D'INSCRIPTION 2015-2016

SECTION : BASKET LOISIR MIXTE (JEUDI)

Nom: Prénom :

Tél. dom.: Tél. port.: email :

Adresse : C.P. : Ville :

Adhésion couple : Conjoint(e) :

Nom: Prénom :

Tél. dom.: Tél. port.: email :

Personne à prévenir en cas d'urgence:

Tél. dom.: Tél. port.: email :

Paiement cotisation. Couple :26€ Individuel : 16€ Mineur :6€ Famille : € chèque : espèce :

A remplir en cas d'Adhérent mineur :

Nom, Prénom de l'Enfant : Date de naissance :

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné (e),(Père, Mère, Responsable légal).....

- autorise à quitter seul le lieu d'entraînement sous ma responsabilité.
- n'autorise pas à quitter seul le lieu d'entraînement et m'engage à être présent à la fin de la séance pour le récupérer ou à avoir donné délégation à une personne connue des encadrants de la section.

autorise l'U.S.R. à prendre des photos et à me filmer à l'occasion des activités sportives ou associatives auxquelles je(il,elle), participe et autorise leur publication dans les bulletins d'information, de publicité et les rétrospectives de photos du club.

Autorise les encadrants et dirigeants du club à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident et à faire appel aux services d'urgence en cas de nécessité.

L'adhésion à l'USR implique l'approbation des Statuts du Club et l'engagement à connaître et respecter son Règlement Intérieur.

Les informations contenues dans cette fiche d'inscription sont susceptibles d'être informatisées conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Le signataire de la présente dispose d'un droit d'accès et de rectification sur ce fichier pour ce qui le concerne.

Date :

*Adhérent(e)s :

*signature(s) précédée(s) de la mention : lu et approuvé.

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU BASKET LOISIR

Je soussigné(e) Docteur.....certifie que :

M., Mme, Mlle,

Né(e) le :

Ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique du sport loisir.

Date : Signature et cachet professionnel.

Conjoint(e) :

Je soussigné(e) Docteur.....certifie que :

M., Mme, Mlle,

Né(e) le :

Ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique du sport loisir.

Date : Signature et cachet professionnel