



# A.S. MARCOUSSIS

Déclarée le 02 mars 1949 sous le n° 889  
N° d'agrément jeunesse et sports : 7839  
01.69.01.29.69

Nouvel  
Adhérent?

☐

Code/Cours:.....  
Tarif : .....  
Réduction famille : .....  
Soit total : .....

## FICHE D'INSCRIPTION 2021/2022 - SECTION GYMNASTIQUE

MERCI DE COMPLETER LES INFORMATIONS SUIVANTES EN **MAJUSCULES D'IMPRIMERIE** :

Participant au cours :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ☐ Moins de 18 ans

Correspondant familial (pour les mineurs) : .....

Adresse .....

Téléphone en cas d'urgence: ..... Téléphone portable : .....

Mail (MAJUSCULES)° : .....

\*\*\*\*\*

Documents **NECESSAIRES** à l'inscription :

- ☐ Certificat Médical ou ☐ « Non » à toutes les cases du questionnaire santé
- ☐ Paiement en euros → ☐ 1 Chèque ☐ 3 chèques ☐ Coupon Sport ☐ Espèces
- Pour les cours Compétition : ☐ Photo

Avez-vous besoin d'une attestation de paiement (pour les CE) : ☐ oui ☐ non

**AUTORISATION PARENTALE** (Ces autorisations sont données pour la durée de la saison sportive en cours)

Je soussigné (e) .....

- ☐ **Autorise** mon enfant à **quitter seul le lieu de l'entraînement** ou de compétition et cela sous ma responsabilité.
- ☐ **N'autorise pas** mon enfant à quitter seul le lieu de l'entraînement ou de compétition.
- 
- ☐ **Autorise** mon enfant à être **photographié** ou filmé dans le cadre de cette activité pour utilisation sur le site Internet ou la page Facebook du club et également pour les expositions, calendriers, plaquettes destinées à la promotion du Club.
- ☐ **N'autorise pas** mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre de cette activité.
- 
- ☐ **Autorise** l'association à faire transporter mon enfant par les services de secours (pompiers, Samu, Croix Rouge).  
En cas d'accident, la responsabilité de l'association sera totalement dérogée.
- ☐ **N'autorise pas** l'association à faire transporter mon enfant par tous les services de secours.
- 
- ☐ **Autorise** le **médecin** à pratiquer sur mon fils, ma fille, ..... né(e) le  
: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tous les actes médicaux ou chirurgicaux que nécessiterait sa santé.
- 

☐ Je déclare avoir pris connaissance du **règlement intérieur** :

Lu et approuvé le :

Signature des parents ou du représentant légal