

**Gymnastique** **Gym Form'Renfo 1 séance** **Gym Form'Détente 1 séance** **Éveil** **Gym Form'Renfo 2 séances** **Gym Form'Détente 2 séances**

### ATTESTATION INSCRIPTION

Je souhaite obtenir une attestation de paiement de la licence sportive.

### INFORMATIONS ADHÉRENT

Nom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Adresse mail en majuscules (obligatoire) :

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_

### PREMIER REPRÉSENTANT LÉGAL - CONTACT 1 (Adhérent mineur)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Adresse mail (en majuscules) :

\_\_\_\_\_

### SECOND REPRÉSENTANT LÉGAL - CONTACT 2 (Adhérent mineur)

À REMPLIR QU'EN CAS DE PARENTS SÉPARÉS

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Adresse mail (en majuscules) :

\_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas de nécessité : Père / Mère / Autre : \_\_\_\_\_

## GYMNASTE MINEUR(E) : AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), M./Mme \_\_\_\_\_,

autorise mon enfant \_\_\_\_\_

à participer à toutes les activités et donne pouvoir aux responsables de la dite association des Cadets de Saint-Michel pour prendre en mon nom toutes décisions qu'ils jugeront nécessaires en cas d'urgence, maladie, accidents (intervention chirurgicale si besoin est),

**ENDROIT CHOISI :**                    CHU / CLINIQUE                    (Rayer la mention inutile)

Écrire en toutes lettres : « LU ET APPROUVÉ »

DATE et SIGNATURE

## DÉCLARATION DU LICENCIÉ RELATIVE À L'ASSURANCE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_,

licencié(e) aux CADETS ET CADETTES DE SAINT-MICHEL, déclare :

(Cocher la mention appropriée)

- opter pour l'option **MINI** de l'assurance de l'association (pour les enfants et personnes sans activité professionnelle)
- opter pour l'option **MAXI** de l'assurance de l'association (pour les personnes avec une activité professionnelle)

Voir le tableau des garanties sur la feuille des consignes

(Pour les licenciés mineurs, la signature des parents ou du tuteur légal est exigée)

Signature

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

## DROIT À L'IMAGE & PASS SANITAIRE

- Dans le cadre des activités de l'association, l'image de l'adhérent pourrait être diffusée (Réseaux sociaux, vidéos pour des formations de juges, etc...)
- Dans le cadre de la crise sanitaire, j'accepte et j'autorise l'association à utiliser, consulter et stocker des informations concernant mon pass sanitaire et sa validité pendant toute la période de crise sanitaire.

**Dans l'hypothèse où vous seriez opposé à une de ces mentions, merci de nous adresser un courriel.**

### ----- Partie réservée au secrétariat -----

Dossier complet :  OUI  NON

Éléments manquants :  Feuille d'inscription                     Photo

Règlement                     Certificat médical ou Questionnaire de santé

Règlement : \_\_\_\_\_ Catégorie : \_\_\_\_\_