



CHASSIEU AVENTURE

ESCALADE

<http://chassieuaventure.fr>

chassieuescalade@hotmail.com

Nouvelle inscription ☐

Renouvellement ☐

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2019-2020

IMPOSSIBILITÉ de grimper sans un dossier complet dès le 1^{er} jour

NOM : _____ **Prénom :** _____ **SEXE :** _____

Date de Naissance : / / Si mineur, nom du représentant légal : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ **Portable** _____

email : _____ (lisible, en capitale)

Si Lycéen, No Carte Pass'Région : _____

COURS CHOISI : _____

Cotisation : _____ + assurance FFME _____ + Option ski (Base 8€ + 5€) ☐

+ Option famille (100€) ☐ & Licences (famille) _____ **TOTAL :** _____

Assurance FFME : § 2.1 du dossier d'assurances : "Il est rappelé que la couverture du ski alpinet de la slackline font l'objet d'une cotisation complémentaire" (en l'occurrence Base 8€ + 5€)

J'autorise Chassieu Aventure Escalade à utiliser mon image (photo ou vidéo) : Oui ☐ Non ☐

J'ai pris connaissance que l'accès aux cours me sera refusé sans certificat médical dès le 1er COURS : ☐

Décharge parentale :

Je soussigné(e) autorise mon enfant à voyager dans le véhicule d'un parent accompagnateur ou de tout autre membre du club ainsi qu'à faire pratiquer les soins médicaux en cas d'accident.

Le fait d'emmener mon enfant au lieu de rendez-vous confirmant mon accord.

Date : _____ **Signature :** _____

J'autorise Chassieu Aventure Escalade à utiliser l'image de mon enfant (photo ou vidéo) : Oui ☐ Non ☐

CERTIFICAT MEDICAL : _____ à faire remplir par votre médecin traitant

Je soussigné(e) : certifie avoir examiné ce jour

M. Mme Mlle _____ Né(e) le : _____

Après examen, atteste que l'intéressé(e) ne présente pas à ce jour de contre-indication à la pratique de l'escalade en compétition ou en loisir.

DATE : _____ **SIGNATURE ET TAMPON**

EN CAS DE RENOUVELLEMENT DE LA LICENCE

Date de saisie du certificat médical ----- (les certificats médicaux émis en 2016 ne sont plus valides)

J'ai déjà remis à mon club pour la saison 2017-2018 ou 2018-2019 un certificat médical.

J'ai complété le **questionnaire de santé** QS-Sport Cerfa N°15699*01 (que je conserve).

J'atteste que toutes mes réponses sont négatives.

DATE : _____ **SIGNATURE DE L'ADHERENT**
(ou du représentant légal)