



**CHASSIEU AVENTURE**

**ESCALADE**

<http://chassieuaventure.fr>  
[chassieuescalade@hotmail.com](mailto:chassieuescalade@hotmail.com)

Nouvelle inscription

Renouvellement

**FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2020-2021**

**IMPOSSIBILITÉ de grimper sans un dossier complet dès le 1<sup>er</sup> jour**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **SEXE :** \_\_\_\_\_  
NOM de naissance si différent du nom d'usage : \_\_\_\_\_

**Date de Naissance :**    /    /    **Lieu 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 alpin .....et 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

**Pour toute nouvelle inscription, un CERTIFICAT MEDICAL de moins d'un an est obligatoire.**

**EN CAS DE RENOUVELLEMENT DE LA LICENCE**

**Date de saisie du certificat médical -----** (les certificats médicaux émis en 2017 ne sont plus valides)

J'ai déjà remis à mon club pour la saison 2018-2019 ou 2019-2020 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)**