



CHASSIEU AVENTURE

Nouvelle inscription

ESCALADE

Renouvellement

<http://chassieuaventure.fr>

chassieuaventureescalade@gmail.com

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2021-2022

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

Pour les enfants MINEURS : nouvelle inscription, ou renouvellement de la licence, je complète le **questionnaire de santé** [Code du sport Article Annexe II-23\(artA231-3\)](#) (que je conserve). J'atteste que toutes mes réponses sont négatives.

Pour les Adultes, EN CAS DE RENOUELEMENT DE LA LICENCE :

Date de saisie du certificat médical ----- (les certificats médicaux émis en 2018 ne sont plus valides)

J'ai déjà remis à mon club pour la saison 2019-2020 ou 2020-2021 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)