

ÉTAT CIVIL

NOM, Prénom : _____ Sexe : Homme / Femme *

Date de naissance : __/__/____ Nationalité : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ ou _____

Mail : _____

Tél Parents / représentant : _____ ou _____

Mail Parents/ représentant : _____

LICENCE

Création/ Renouvellement/ Mutation* _____

Certificat médical : oui / non *

Numéro de licence : _____

Questionnaire de santé : oui / non*

ADHESION

- | | | |
|--|------|---|
| <input type="checkbox"/> Athlé santé / Loisir/ Running
bienfaiteur à partir de 30€ | 130€ | <input type="checkbox"/> cotisation membre / membre |
| <input type="checkbox"/> Athlé jeunes et compétition (Baby > Master)
la compétition : | 130€ | <input type="checkbox"/> Maillot de Club obligatoire pour |
| <input type="checkbox"/> Dirigeant / Juge | 130€ | |

AUTORISATION POUR MINEUR

Je soussigné, _____ en tant que _____, accepte que :

- Le responsable autorise en mon nom, une intervention médicale et/ou chirurgicale en cas de besoin : **Oui / Non***
- Le responsable transporte mon enfant dans son véhicule en cas de nécessité liée à l'activité (entraînement délocalisé, compétitions...) : **Oui / Non***

Je viendrai déposer et chercher mon enfant **Oui / Non***

J'autorise mon enfant à venir et à quitter l'activité seul : **Oui / Non***

Information supplémentaire

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé ainsi que les précautions à prendre, pour que le responsable ait toutes les infos en cas de besoin lors des entraînements, déplacement en compétition...

DON

Je fais don à l'association ACE de _____ €.

Fait à :

Le :

Signature de l'athlète ou de son représentant légal
(Précédé de la mention « lu et approuvé »)
