



DOSSIER D'INSCRIPTION 2015

Nous sommes heureux de vous accueillir au sein de notre club.

Afin que vous puissiez être autorisée à participer aux entraînements, nous vous invitons à nous remettre le plus rapidement possible votre dossier d'inscription dûment complété ainsi que les pièces à fournir.

Nous vous informons que, pour des raisons d'organisation et d'assurance, seuls les nageurs (ses) dont le dossier **complet** a été enregistré auront accès au bassin.

Sportivement,

La Présidente,



PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION

- 1 photo d'identité récente
- une fiche de renseignement administratif dûment remplie
- une fiche médicale avec autorisation parentale
- une autorisation de droit à l'image remplie et signée
- 1 enveloppe timbrée
- règlement de la cotisation
- certificat médical de non contre indication à la pratique de la natation délivré par votre médecin traitant

MONTANT DE LA COTISATION 2015

- 100 € pour l'été de juin à mi-septembre
- ou
- 60 € pour le mois de juin
-
- ou
- 60 € pour le mois de juillet
- ou
- 60 € pour le mois d'août
- La cotisation est payable à l'inscription (1 ou 3 versements par chèque, en totalité en liquide).

Aucune cotisation ne pourra être remboursée en cours d'année quelque soit le motif d'abandon du nageur (se).



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM :

PRENOM :

NOM de la famille si différent :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : COMMUNE :

Téléphone : Portable :

Adresse e-mail :

REGLEMENT INTERIEUR

Le règlement intérieur du club «Le Boulou Natation », approuvé en assemblée générale constitutive, mis à disposition lors de l'inscription, est accepté par l'adhérent.

J'accepte le règlement intérieur du club « Le Boulou Natation ».

Fait le

Signature,
Précédée de la mention : « lu et approuvé »

FICHE MEDICALE

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandent l'autorisation écrite de la personne en cas de perte de conscience.

Je soussignée :

Nom Prénom :

Date de naissance :

Organisme de sécurité sociale :

N° de sécurité sociale :

Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à pratiquer toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait mon état.

Personne à joindre en cas d'urgence :

N° de téléphone :

Nom du médecin traitant :

N° de téléphone :

Etablissement où me transporter en cas d'urgence :

.....

Vaccinations à jour : oui non (barrer la mention inutile)

Éléments médicaux à prendre en compte (allergies, traitements en cours ...) :

.....

.....

Fait le

Signature,
Précédée de la mention : « lu et approuvé »



AUTORISATION Droit à l'image : saison 2015

Je soussigné(e)

NOM _____ PRENOM _____

accepte d'être pris(e) en photo et filmé(e) lors des activités proposées par Le Boulou Natation durant la saison 2015.

J'accepte que ces images puissent ensuite servir d'outil de communication et de promotion aux activités liées à la natation pour Le Boulou Natation.

La reproduction et la représentation de ces images se feront sur tous types de support (notamment papier, électronique et audiovisuelle).

L'exploitation principale de ces images se fera sur le territoire français.

Dans l'hypothèse où Le Boulou Natation viendrait à être sollicité pour une exploitation commerciale de ces images, elle demanderait votre autorisation au préalable.

- J'autorise Le Boulou Natation à reproduire et représenter les images sans aucune contrepartie financière ou matérielle.**

Fait àle

Signature, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION
--

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique de la natation.

Date :

Tampon et signature du médecin :