



ELGAR GYM

42 rue Philippe Veyrin - 64500 Saint Jean de Luz

06 12 92 12 29 ou 06 48 59 80 18

elgargym@gmail.com

Réservé club (jour et heure)

FICHE D'INSCRIPTION LOISIR – SAISON 2017/2018

NOM : PRÉNOM de **l'enfant** :

Date de naissance : Sexe :

Adresse complète du domicile :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable 1 :

Portable 2 : Professionnel :

Adresse e-mail EN MAJUSCULES :

DEMANDE D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) (Nom Prénom),père, mère, tuteur(trice)

(rayer les mentions inutiles) demande l'inscription de mon enfant au club Elgar Gym.

Réinscription

Nouveau

N° de sécurité sociale :

Compagnie assurance complémentaire :

N° de contrat :

A..... le

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé » :

DOSSIER À RETOURNER COMPLET DÈS LA 2^{ème} SÉANCE

La présente fiche dûment et lisiblement complétée et signée recto-verso

Le règlement de la cotisation

Certificat médical

Paiement : espèce chèque n° Banque :

POUR DES RAISONS DE SÉCURITÉ ET D'ASSURANCE, LES ÉLÈVES N'AYANT PAS RENDU LEUR DOSSIER, NE POURRONT PAS ÊTRE ACCEPTÉS EN COURS.

AUTORISATION PARENTALE

- Je soussigné(e) : Mère Père Représentant légal

Je m'engage à :

- **Vérifier la présence du professeur avant de laisser mon enfant au **Gymnase**.**
- **Récupérer mon enfant à l'heure précise de fin de cours au **Gymnase**.**
- **Dégage toute responsabilité en cas de perte ou de vol dans les vestiaires.**

En cas de non-respect de ces deux clauses et s'il survient un accident en dehors de l'horaire strict de la séance suivie par votre enfant, le club sera dégagé de toute responsabilité.

- **Autorise l'enfant** : à emprunter les transports motorisés conduits par une tierce personne lors de déplacements pour se rendre sur certaines activités : Oui Non
- **Autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité** : Oui Non
- **Autorise la prise de vue**, la reproduction et la diffusion de l'image de mon enfant dans le cadre des activités organisées par le club (Site internet, Facebook, presse...) Oui Non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- Recommandations des parents :
.....
.....

- Je soussigné(e) :, **en cas d'accident survenu au cours de la séance ou de la compétition en cours, j'autorise le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires en collaboration avec les organismes d'urgence.**

Fait à....., le..... (Signature)

CERTIFICAT MÉDICAL OBLIGATOIRE

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

Certifie que M,

- Ne présente pas de contre-indication à la pratique de la gymnastique artistique.

A....., le...../...../2017.

Signature et cachet du médecin