

A remplir pour les mineurs

Pour les enfants nés en 2006 - 2005 - 2004 : choix du créneau d'entraînement pour la période hivernale

<input type="checkbox"/> mercredi 17h30 - 18h30 <input type="checkbox"/> samedi 14h00 - 15h00	signature
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Représentants légaux

Nom et prénom du père <i>+ adresse si différente</i>	
Nom prénom de la mère <i>+ adresse si différente</i>	
si représentant légal autre nom prénom	

AUTORISATIONS PARENTALES

Je, soussigné(e),

en ma qualité de (*père, mère, autre représentant légal*)

de l'enfant (*nom et prénom*)

autorise mon enfant . à pratiquer l'athlétisme à l'US Beaufort athlétisme, section locale du CAPS . à participer aux déplacements du club en transports en commun ou covoiturage
conformément à l'article R.232-45 du Code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, . autorise la réalisation de prélèvement sanguin (peut concerner éventuellement les jeunes mineurs à partir de 16 ans, cadet-tes et juniors)
en cas d'impossibilité pour joindre la famille . autorise les responsables du club (entraîneurs, dirigeant) à prendre toutes mesures utiles pour le transport et pour tous soins, interventions chirurgicales et anesthésies nécessaires
Concernant les entraînements, Je m'engage à : . à ne pas laisser mon enfant sur le lieu d'entraînement d'athlétisme sans m' être assuré de la présence de l'entraîneur. . à récupérer mon enfant à la fin de l'entraînement, ou l'autorise à attendre ou à quitter seul(e) le lieu d'entraînement

date |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Signature(s)

Certificat médical *

pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-2-2 du Code du Sport
(licences athlé compétition, athlé entreprise, athlé découverte, athlé running)

Je soussigné, Docteur : _____

demeurant à : _____

certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ demeurant à : _____

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition.

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une déclaration d'usage ou une demande d'autorisation d'usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Cachet du médecin
et signature du médecin

** doit être daté de moins de 3 mois au moment de la création ou du renouvellement de la licence sur le SIFFA*



fiche à remettre avec le règlement pour trésorerie

MODALITES DE PAIEMENT

en 1 fois, 2 fois ou 3 fois

Nom prénom du licencié : _____

Mode de paiement	Chèque (s)				Espèces	Pass culture sport	Coupons sport ANCV
	Date d'encaissement	20/09/14	20/10/14	20/11/14			
Montant payé € € €	 € € €

Souhaitez vous une attestation de paiement pour votre comité d'entreprise ? oui non

réservé club