

# **INSCRIPTION GROUPE COMPETITION (1/2)**

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ...../...../..... Catégorie : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone fixe : ..... Portable Mère : ..... Portable Père : .....

Adresse Mail : .....@.....

Nom du représentant légal : .....

Entraînements souhaités :      lundi      mercredi      jeudi

## **AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS**

Je soussigné(e), .....agissant en tant que .....

Autorise mon enfant à quitter seul le lieu d'entraînement et ce sous ma responsabilité.

OUI

NON

Autorise les dirigeants du club à prendre des photos et/ou vidéos de mon enfant lors des entraînements et/ou des manifestations sportives et à les diffuser sur le site internet du club.

OUI

NON

## **AUTORISATION DE TRANSPORT**

Je soussigné(e), .....agissant en tant que .....

Autorise le club de l'ASPA Meylan à transporter mon enfant pour se rendre sur les lieux de compétition et les manifestations sportives par transport collectif ou véhicule personnel appartenant soit, à un des membres ou dirigeant du club, soit à des parents ou entraîneurs.

## **FICHE SANITAIRE**

Nom du Médecin traitant : .....

Information médicales particulières (antécédents médicaux, allergies ; Asthmes ...) :

.....

Je soussigné(e) .....autorise l'ASPA à prendre toutes mesures d'urgence en cas de problème de santé.

Personnes à contacter en cas d'accident (noms et numéros de téléphone) :

.....

Meylan le .....

**Signature du responsable de l'enfant**

## **INSCRIPTION GROUPE COMPETITION (2/2)**

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ...../...../..... Age : ..... Catégorie : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone fixe : ..... Portable Mère : ..... Portable Père : .....

Adresse Mail : .....@.....

**TARIFS : voir plaquette**

**QUOTIENT CAF :**

<b>COTISATION</b>	<b>LICENCE</b>	<b>TARIF TOTAL</b>	<b>PACK'LOISIRS</b>	<b>PASS'REGION</b>	<b>TARIF FINAL</b>

### **Pièces à fournir obligatoirement :**

- 1 certificat médical autorisant la pratique de **l'athlétisme en compétition**
- 1 justificatif de votre quotient CAF (sauf hors quotient et zones non subventionnées)
- Le présent document dûment rempli ( 2 feuilles)

Merci de rendre votre dossier complet avant le 30 septembre auprès des entraîneurs.

Pour tout renseignement vous pouvez nous joindre au 06 64 62 66 71 ou par mail: [aspamathle@aol.com](mailto:aspamathle@aol.com)