**Civilité**

|  |
| --- |
| NOM Prénom Né(e) le .  |
| Adresse CP Ville  |
| Nationalité Tél fixe Tél Portable . |
| Adresse mail . |

Photo

**Saint-Avertin Sport**, 31 rue Frédéric Joliot-Curie, 37550 SAINT AVERTIN Tél 02 47 27 82 [www.saint-avertin.sport.fr](http://www.saint-avertin.sport.fr)

Club affilié, Agrément ministériel DDJS n° 37-S-60, N° SIRET 775 302 656 00027

**Certificat médical**

Première inscription ou certificat initial de plus de 3 ans

|  |  |
| --- | --- |
| Je certifie que (NOM Prénom) Né le 🞏 Aucune contre-indication à la pratique du BMX 🞏 en loisir 🞏 en compétitions  🞏 Ne présente pas de contre-indication médicale à un sur classement Nombre de cases cochées \_\_\_  | Qualité du médecin🞏 Médecin Fédéral🞏 Médecin du Sport🞏 Autre MédecinFait àLe*Cachet, Signature* |

**Questionnaire sport santé** (cerfa 15699-01)

Si certificat médical de moins de 3 ans et en cas de renouvellement d’inscription sans interruption

Je soussigné (NOM Prénom) certifie avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire santé (CERFA n°15699\*01) pour l’inscription de (NOM Prénom) Date du certificat médical initial .

**Fait à Le Signature du représentant légal**

**A compléter pour les mineurs**

Je soussigné(e) (NOM Prénom) représentant(e) légal(e) ou personne investie de l’autorité parentale de

(NOM Prénom) Né(e) le .

# NOM Prénom N° de Téléphone 🞏 Père 🞏 Représentant légal

Adresse courriel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# NOM Prénom N° de Téléphone 🞏Mère🞏 Représentante légale

Adresse courriel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## **Autorise la pratique sportive** de------------------------- au sein du club SAINT AVERTIN SPORTS BMX (FFC, 4437196). Le cas échéant il pourra effectuer les déplacements en compétition au sein du club. Je prends acte que ces déplacements pourront s’effectuer en car, minibus, voiture particulière, train ou avion.

## **Autorise à repartir** à la fin des entraînements ou des compétitions, mon ou mes enfants mineurs sont autorisés à regagner leur domicile seul(s) 🞏 Oui 🞏 Non

## Le cas échéant, NOM Prénom de la tierce personne dument autorisée à venir chercher le, ou les enfants, si différent des parents ou du représentant légal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## **Contrôle antidopage** (Vu l’article R.232-52 du code du sport)

Tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement sanguin, à l’occasion des contrôles mis en place dans le cadre de la lutte contre le dopage.

## **Accident, soins d’urgence** : J’autorise les dirigeants, responsables du club, éducateurs sportifs, à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d’accident. En cas de nécessité l’enfant ci-dessus nommé, sera dirigé(e) vers l’hôpital le plus proche. J’autorise le médecin consulté en cas d’urgence à procéder à toute intervention médicale ou anesthésie que nécessiterait l’état de santé de l’enfant.

Joindre sous enveloppe fermée les indications que vous jugerez utiles de porter à la connaissance du praticien (allergies, antécédents opératoires, traitement en cours ...).

Je m’engage à rembourser au(x) responsable(s) du déplacement tous les frais susceptibles d’avoir été avancés.

**Fait à Le Signature du représentant légal**

**Personne(s) à prévenir en cas d’accident**

NOM Prénom N° de Téléphone

**Assurance individuelle accident**

🡺Tout adhérent doit être assuré pour les éventuels dommages dont il serait responsable vis à vis d'un tiers.

**La licence Fédérale** permet d'avoir inclus d'office une **Assurance Responsabilité Civile**.

Votre licence par ce contrat vous garantit ainsi pour les dommages corporels causés à autrui et pour les dommages matériels ou immatériels en résultant.

De plus **si vous le désirez, vous pouvez prendre en complément une Individuelle Accident. Cette garantie optionnelle *(mais vivement conseillée*)** couvre vos propres dommages en cas de tiers non responsable.

Souhaitez-vous souscrire une assurance complémentaire accident ? 🞏 Oui 🞏 Non

Souhaitez-vous souscrire une assurance perte de revenu ? 🞏 Oui 🞏 Non

**Tout adhérent non licencié** auprès d’une fédération bénéficie d’une assurance responsabilité civile MAIF incluse dans la cotisation.

Saint Avertin Sport, via son assureur MAIF, peut vous proposer une assurance individuelle complémentaire : voir fiche IA+ Sport en fonction de la pratique sportive.

Souhaitez-vous souscrire une assurance perte de revenus ?  Oui  Non

**Droit à l’image**

Nous autorisez-vous à utiliser votre photographie ou celle de votre enfant prise pendant les compétitions, les spectacles ou à l’entrainement pour :

Illustrer notre site internet ? 🞏 Oui 🞏 Non Illustrer un article Nouvelle République ou Presse communale ? 🞏 Oui 🞏 Non

Illustrer notre site Facebook ? 🞏 Oui 🞏 Non

Zone libre

**Saint-Avertin Sport**, 31 rue Frédéric Joliot-Curie, 37550 SAINT AVERTIN Tél 02 47 27 82 [www.saint-avertin.sport.fr](http://www.saint-avertin.sport.fr)

Club affilié, Agrément ministériel DDJS n° 37-S-60, N° SIRET 775 302 656 00027

Signature du dossier

Je soussigné (NOM Prénom) certifie exacte l’ensemble des informations fournies.

**Fait à** **le** **Signature (du représentant légal)**

**Mentions légales**

RGPD : les données collectées le sont aux seules fins de bon fonctionnement du Saint Avertin Sports et de ses sections, de l’inscription des adhérents auprès des fédérations auxquelles la section est affiliée. Les données ne sont ni cédées, ni vendues à des tiers ayant pour objectif de les exploiter à des fins commerciales. Vous disposez d’un droit de regard, rectification de vos données personnelles. La signature du présent dossier vaut acceptations de ces conditions.

**Diplôme de secourisme**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞏 PSE1 | 🞏 PSC1 | 🞏 Autre, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date d’obtention : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date d’obtention : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date d’obtention :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |