



## Civilité

Photo1

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_ Tél fixe \_\_\_\_\_ Tél Portable \_\_\_\_\_

## 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 : \_\_\_\_\_

### CONTROLE 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

## 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 Médecin

Fait à

Le

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



## Personne(s) à prévenir en cas d'accident

NOM Prénom \_\_\_\_\_ N° de Téléphone \_\_\_\_\_

**LA LICENCE FEDERALE** 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 ADHERENT NON LICENCIE** auprès d'une fédération bénéficie d'une assurance responsabilité civile MAIF incluse dans la cotisation.

## Diplôme de secourisme

PSE1

Date d'obtention : \_\_\_\_\_

PSC1

Date d'obtention : \_\_\_\_\_

Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Date d'obtention : \_\_\_\_\_

## 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'entraînement 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

## 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.

## Signature du dossier

Je soussigné (NOM Prénom) \_\_\_\_\_ certifie exacte l'ensemble des informations fournies.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature (du représentant légal)