



FICHE D'INSCRIPTION 2022 - 2023
Forfait Fitness ADO (16-17 ans)
A compléter par le(s) responsable(s) légal (aux)



RÉSERVÉ AUX SAINT ANDREENS ou AYANTS DROITS

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

CP Ville

Nom du (des) responsable légal (légaux) de l'enfant

.....

Médecin traitant :

Autorisation de publication des photographies : OUI NON

Email @

<p style="text-align:center">DOCUMENTS A FOURNIR DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR QUE CE DOSSIER SOIT COMPLET ET PRIS EN COMPTE</p> <p style="text-align:center">Présenter, lors de l'inscription les originaux</p> <p style="text-align:center">TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ</p>	<p style="text-align:center">Partie réservée à l'Administration</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Justificatif de domicile de moins de 3 mois (Impôt, EDF, Quittance de loyer, Attestation de sécurité sociale ou justificatif d'ayant droit résident sur St André de la Roche) 	<p style="text-align:center">Oui / Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Attestation d'assurance en responsabilité civile au nom de l'adhérent 	<p style="text-align:center">Oui / Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Certificat médical pour l'activité demandée page 2 à faire remplir par le médecin (moins de 3 mois) Ou Si votre certificat médical date de moins de 3 ans : 	<p style="text-align:center">Oui / Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Remplir le « Questionnaire de santé » pour renouvellement 	<p style="text-align:center">Oui / Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Pièce d'identité de l'usager ainsi que celle du (des) responsable(s) légal (légaux) 	<p style="text-align:center">Oui / Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Autorisation d'inscription du (des) responsable(s) légal (légaux) de l'enfant 	<p style="text-align:center">Oui / Non</p>

Je soussigné M. atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et des modalités liées à cette inscription.

Vérifiez que votre assurance couvre les personnes et le matériel dans le cadre des activités sportives avec le service des sports.

Signature du ou des responsable (s) légal (aux) de l'enfant

Antécédents susceptibles d'avoir des répercussions sur la pratique sportive

.....
Conduite à tenir (informer le responsable de l'activité)
.....

Vous êtes porteur :

- De lentilles De prothèse auditive
- De lunettes Autre (précisez)
- De prothèses dentaires

ATTESTATION MEDICALE

À remplir exclusivement par le Médecin

Certificat médical d'aptitude :

Je soussigné, Docteur.....certifie avoir examiné
Mme ou Met le déclare apte à pratiquer
les activités de Fitness et Aquafitness.

Informations, restrictions ou limitations susceptibles d'avoir des répercussions sur la pratique sportive :

.....
.....

Conduite à tenir :

.....
.....

DateSignature

Votre certificat médical sera conservé 3 ans

Je soussigné M. atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et des modalités liées à cette inscription.

De même je reconnais l'exactitude des renseignements et documents fournis et m'engage à signaler, immédiatement, tout changement de situation, notamment **en cas de problème médical (vous devrez fournir un certificat de reprise)**.

Loi informatique et liberté : vous êtes informé que le présent dossier fait l'objet d'un traitement informatisé. Conformément aux dispositions de la loi 78.17 du 6 janvier 1978, relative aux fichiers informatiques et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification ou de suppression des données vous concernant. Pour l'exercer, merci de nous contacter par courrier.

DateSignature