

BULLETIN D'INSCRIPTION CNC

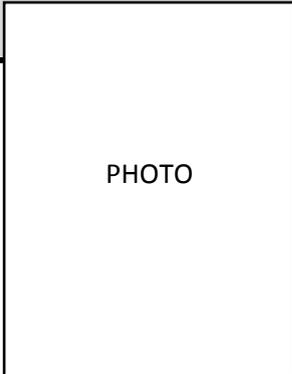
CADRE RESERVE AU CLUB

Pièces à fournir : Certificat Médical : Signature Règlement :
Photo : Signature Licence :
Règlement :

Groupe :
Créneaux souhaités :

ADHERENT(E):

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Sexe : F M Nationalité :
Adresse :
Ville :
Email :
Telephone Mobile : Telephone Domicile :



RESPONSABLE 1

Lien de Parenté :
Nom :
Prénom :
Adresse :
Ville :
Email :
Telephone Mobile :
Telephone Domicile :

RESPONSABLE 2

Lien de Parenté :
Nom :
Prénom :
Adresse :
Ville :
Email :
Telephone Mobile :
Telephone Domicile :

BULLETIN D'INSCRIPTION CNC

TARIFS ADHESION

GROUPE	TARIF PLEIN	TARIF REDUIT
COMPETITION PRE COMPETITION	380	350
ADO LOISIR ADULTE LOISIR	350	330
MAITRISE PERFECTIONNEMENT APPRENTISSAGE	350	330

Le tarif réduit s'applique à partir du 2eme membre d'une meme famille.

Nom-Prénom / Groupe :

Nom-Prénom / Groupe :

TYPE DE REGLEMENT

<input type="checkbox"/>	Chèques Vacances :	€	<input type="checkbox"/>	Coupon Sport :	€
<input type="checkbox"/>	Chèques loisir CAF :	€	<input type="checkbox"/>	Chèque MSA :	€
<input type="checkbox"/>	Espèces :	€	<input type="checkbox"/>	Chèque(s) bancaire(s) :	€

PAIEMENT EN PLUSIEURS FOIS

Montant :	€ Chèque N° :	Nom :
Montant :	€ Chèque N° :	Nom :
Montant :	€ Chèque N° :	Nom :
Montant :	€ Chèque N° :	Nom :
Montant :	€ Chèque N° :	Nom :
Montant :	€ Chèque N° :	Nom :
Montant :	€ Chèque N° :	Nom :
Montant :	€ Chèque N° :	Nom :
Montant :	€ Chèque N° :	Nom :
Montant :	€ Chèque N° :	Nom :

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement interieur. Je m'engage à le respecter ainsi que les consignes données par les entraineurs et les dirigeants du club.

J'accepte que les prises de vue réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations puissent être diffusées et publiées dans la presse, sur le site du club, la page Facebook et le journal du club.

Signature de l'adhérent ou responsable légal (s'il est mineur) :

FICHE MEDICALE

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées uniquement au responsable et, le cas échéant, aux services médicaux.

ADHERENT(E) :

L'adhérent suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, dans le cadre de déplacement en compétitions (avec nuitées) ou de stage, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants (*boîte de médicaments dans leur emballage d'origine, marquée au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice*).

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'adhérent sans ordonnance.

L'adhérent a-t-il des allergies ? Asthme : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuse : OUI NON

Autres :

Si Oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler).

.....
.....

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES :

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé – énurésie, maladie, accident, crise convulsives, opérations, rééducation,...En indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.

.....

L'adhérent porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?

Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux).

.....

NOM ET COORDONNÉES DU MEDECIN TRAITANT:

Docteur :N° Téléphone :

Adresse :

.....

ETAT DES VACCINATIONS

DT Polio OUI NON Date du dernier rappel :

BCG OUI NON Date du dernier rappel :

ROR (rougeole oreillons rubéole) OUI NON Date du dernier rappel :

Autre OUI NON Date du dernier rappel :

Si l'adhérent n'a pas les vaccins ci-dessus, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.