



<u>BULLETIN D'ADHÉSION</u>	
Photo	Saison : 2015-2016
	Adhésion : <input type="checkbox"/>
	Renouvellement : <input type="checkbox"/>
	Mutation : <input type="checkbox"/>
	N° de Licence : _____ Catégorie : _____
Date de Certificat Médical : _____	

ATHLETE - Ecole d'athlé - Poussin

né de 2005 à 2008

(Licence Athlé Découverte)

Nom : _____ **Nom (Rep. Légal) :** _____
Prénom : _____ **Sexe : M / F (barrez la mention inutile)**
Date de Naissance : _____ **Lieu de naissance :** _____
Nationalité : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ **Ville :** _____
PÈRE Tel. Domicile : _____ **Tel. Portable :** _____
E-Mail (Majuscule) : _____
MERE Tel. Domicile : _____ **Tel. Portable :** _____
E-Mail (Majuscule) : _____

A FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR L'ATHLETISME

Certificat médical de moins de six mois le jour de l'inscription. Il devra obligatoirement porter la mention : "**Absence de contre indication à la pratique de l'athlétisme en compétition**". (voir au dos).

Cotisation par chèque à l'ordre de "USP Athlétisme" : **130,00 €**
 Tarif dégressif pour plusieurs membres d'une même famille. Possibilité de régler en 3 fois (établir les chèques avec la **date d'encaissement et le nom au dos**).

1 Autorisation parentale à documenter au dos de la fiche.

1 Fiche sanitaire à compléter au verso par les parents pour les moins de 18 ans + 1 photo d'identité à coller.

Autorisation de diffusion des photos : Oui Non

DATE

SIGNATURE

FICHE SANITAIRE ET DE SECURITE

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur : _____
Demeurant à : _____
Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : _____
Né(e) le : _____ à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition.

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage un dossier d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle anti-dopage.

Fait à : _____ le : _____

Cachet et Signature du médecin :

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise l'USP ATHLÉTISME à le transporter dans un véhicule d'un dirigeant ou d'un autre parent, lors des diverses compétitions en dehors du stade de Palaiseau.

J'autorise mon enfant (merci de cocher les cases)

- A venir seul au stade et de repartir seul après la séance d'entraînement,
- Dans le cadre des activités du club, à être filmé ou photographié et à ce que les photos soient éventuellement présentées sur le site Internet du club**
« www.elan91athle.org »
- A participer aux compétitions dans le cadre de la Fédération Française d'Athlétisme.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et /ou Madame _____, représentant(s) légal(aux), autorisons :

- l'U.S.P ATHLÉTISME à diriger mon enfant _____ en cas d'extrême urgence et dans l'impossibilité de me joindre, vers l'hôpital le plus proche,
- autorisons l'anesthésie au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

En cas d'urgence, votre enfant sera orienté et transporté vers l'hôpital le plus proche. La famille sera immédiatement avertie par le responsable du groupe.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance du responsable du groupe (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre)

Existe-t-il des activités dans le cadre de l'athlétisme qui sont contre indiquées pour votre enfant ? (ex lancer de poids, sprint ou longues distances). Si oui, Lesquelles ?

DATE

SIGNATURE