



Photo

N° de LICENCE :		DATE :	
AA NA		SECTION	
REGLEMENT		LA CATEGORIE de COMPETITION	

NOM :	PRENOM :	DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE COMPLETE		
QUARTIER :		
TEL 1 :	TEL 2 :	
TEL EN CAS D'URGENCE (personne à prévenir) :		
ADRESSE E-MAIL ACTIVE :		
<u>Si mineur</u>		
SITUATION DES PARENTS (mariés, concubinage, divorcés, veuf) :		
PROFESSION DE LA MERE :	PROFESSION DU PERE :	

❖ SECTION, CATEGORIE avec TARIFS

SECTION	CATEGORIE	Ancien Adhérent	Nouvel Adhérent
COMPETITEURS	J10 J11 J12 J13 J14	200	230
	J15 J16	210	240
	J17 J18	220	250
	SENIORS à partir de 19 ans	270	300
	MASTER à partir de 27 ans	275	305
LOISIRS – DE 18 ans (TARIF se reporter aux catégories de J10 à J18)			
LOISIRS ADULTES		275	305
HANDISPORT / SPORT ADAPTE		145	175
SPORT SANTE		170	100
ETUDIANTS et UNIVERSITAIRES		220	250
SECTION SPORTIVE ET DETECTION		135	135
SECTION AVIFIT		165	195

- ❖ JE M'ENGAGE A ME CONFORMER AUX STATUTS ET AUX REGLEMENTS INTERIEUR DE L'ASSOCIATION.
- ❖ J'ATTESTE SUR L'HONNEUR QUE JE SAIS NAGER ET QUE JE SUIS ASSURE SOCIAL.
- ❖ **PROBLEMES MEDICAUX QUE JE SOUHAITE FAIRE CONNAÎTRE :**
- ❖
- ❖ J'AUTORISE LA SOCIETE DES REGATES REMOISES A UTILISER DES PHOTOGRAPHIES SUR LESQUELLES J'APPARAIS DANS LE CADRE DE LA PROMOTION DU CLUB (MEDIAS, SITE INTERNET, PLAQUETTE PUBLICITAIRE).

Date, Signature du sportif ou des deux parents si mineurs :

AUTORISATION DES PARENTS

(À faire signer par l'un des parents ou par le tuteur légal, lorsque ce dernier est mineur)

J'autorise, mon fils, ma fille (1), à faire partie comme membre actif de la société des Régates Rémoises.

J'autorise le responsable présent encadrant mon enfant à prendre des décisions médicales en cas d'urgence.

J'autorise la société des Régates Rémoises à utiliser des photographies de mon enfant dans le cadre de la promotion du club (Médias, site Internet, plaquette publicitaire).

J'autorise, je n'autorise pas (1), mon enfant à quitter seul l'enceinte du club.

Reims, le

Nom et qualité du signataire

Représentant légal

Je garantis l'exactitude des renseignements fournis d'autre part.

(1) *Rayer la mention inutile.*

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL

(À faire remplir par votre médecin traitant ou coller votre certificat médical dessus)

Je soussigné (e), Docteur :

Certifie avoir examiné :

Né le :

Demeurant à :

Et n'avoir constaté, à ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique des sports suivants :
AVIRON, COURSE A PIED, CYCLISME, FITNESS, NATATION.

Et n'avoir constaté, à ce jour, de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique en compétition des sports suivants :
AVIRON, COURSE A PIED, CYCLISME, FITNESS, NATATION.

Pour la catégorie J17-J18, j'autorise le sur classement dans la catégorie sénior.

Lieu et date :

Tampon :

Signature du médecin :

CERTIFICAT MEDICAL POUR UN RENOUELEMENT DE LICENCE – NON OBLIGATOIRE SAUF SI UNE SEULE REPOSE POSITIVE sur le questionnaire mentionné ci-dessous.

Dans le cadre du renouvellement de ma licence et conformément à la réglementation du Code du Sport et du règlement médical de la FFA,

Je, soussigné(e) M/Mme (Prénom Nom) :

En ma qualité de représentant légal de (Prénom Nom) :

Atteste avoir renseigné(e) le questionnaire de santé QS-Sport - Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à toutes les questions.

Date et signature du licencié(e) :

ATTESTATION

J'ai impérativement besoin d'une attestation pour mon Comité d'Entreprise ou autre démarche administrative légale oui - non

***PIECES A JOINDRE :** FEUILLE D'INSCRIPTION COMPLETEE AVEC PHOTO + REGLEMENT (Bons CAF, Chèques vacances...acceptés) + CERTIFICAT MEDICAL ou ATTESTATION QS SPORT, PHOTOCOPIE CARTE ETUDIANT