FICHE D'INSCRIPTION QUINTIN ROLLER CLUB

PHOTO

Nom : …… Prénom : ……
Date de naissance : ……
Adresse : ……
Téléphone : Fixe : …… Portable : ……
Adresse Email : ……

Discipline : □ Ecole de patinage □ Course
□ Hockey □ Artistique □ Loisir

Je soussigné(e) Mr ou Mme …… père ou mère de l'enfant …… autorise celui-ci à pratiquer le patinage à roulettes . **Je déclare avoir lu avec attention le règlement intérieur du Quintin Roller Club consultable sur le site quintinrollerclub.fr, et en accepte les conditions.**

J'autorise les encadrants à faire pratiquer les soins médicaux et les interventions chirurgicales d'urgence sous anesthésie locale ou générale qui pourraient être nécessités par l'état de santé de mon enfant et de le faire admettre dans l'établissement hospitalier le plus proche après avis d'un médecin.

J'autorise le club à utiliser ou diffuser des photos de mon enfant ou de moi même prises lors de compétition ou d'entraînement dans le cadre de la vente d'un calendrier, mais également pour promouvoir la discipline ou les activités du club.

Sous réserve de spécification sur le certificat médical ci-dessous, j'autorise mon enfant à pratiquer en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure.

Fait le … / … / 2016 Signature du licencié ou du responsable légal :

Joindre à l'inscription 1 enveloppe par famille **timbrée et libellée à votre adresse** et la cotisation : 65€ pour les – de 10 ans au moment de l'inscription / 70€ pour les + de 10 ans
Location patins(artistique/course/rink hockey) : 40€ avec une caution de 150€

Merci de faire remplir le certificat médical ci dessous par votre médecin traitant
(Un certificat sur papier libre n'est pas suffisant lors des compétitions)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr……, certifie que Mlle, Mme, Mr (nom, prénom) :

…… ……

□ ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives (dans le cas d'une première licence sportive)
□ ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller skating en compétition
□ est apte à pratiquer en surclassement (dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure)

Fait à …… , le . …… / …. …… / 2016

Signature et cachet du médecin,