



ROLLER SUD GOËLO

4, rue St Michel – 22410 LANTIC – 02 96 71 46 75

FORMULAIRE d'INSCRIPTION SAISON 2010/2011

SECTION

LOISIRS

- Ecole de patinage 50 €
- Famille Roller 60 €
- Rando Loisirs 60 €

COMPETITION

- Course 60 €
- Artistique 60 €

Agrafez ici une photo d'identité récente

RENSEIGNEMENTS

Fille – Garçon (Rayer la mention inutile)

Nom : Prénom : Né(e) le :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile :port. Père:port. Mère :

e-mail (des 2 parents si séparés):

Profession (des parents pour les mineurs) :

DROIT A L'IMAGE

Le club possède un site internet dans lequel y figurent des photos de sa vie associative et de ses patineurs. Autorisez-vous ses dirigeants à diffuser des photos de vous ou votre enfant dans l'environnement de l'association ? (Barrez la mention inutile) **OUI**
NON

CERTIFICATION MEDICALE OBLIGATOIRE sur ce document

Le médecin traitant doit impérativement remplir le certificat médical

AUTORISATION MEDICALE DE PRATIQUE DU ROLLER

Je soussigné, Dr certifie que,
ne présente aucune contre-indication à la pratique du ROLLER loisirs ou / et compétition.

Apte à pratiquer en catégorie supérieure. (Mention à rayer si elle ne concerne pas le pratiquant).

**Cachet, signature du médecin
et date obligatoires**



Autorisation de soins en cas d'accident survenant à un licencié mineur.

Nom du licencié : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Date de Naissance : / /

.....

En cas d'accident et en fonction des soins nécessaires, le responsable de la section fera appel soit à votre médecin traitant, au médecin ou secouriste présent sur place, au SAMU, et vous préviendra le plus rapidement possible.

Pour cela merci de préciser les renseignements suivants.

Numéros de téléphone ou vous pouvez être joint rapidement.

.....

Nom et numéro de téléphone de votre médecin traitant :

N° de Sécurité Sociale :

Date du dernier vaccin antitétanique :

Si allergie connue ou autres renseignements importants, merci de le préciser :

.....
.....

Etablissement de soins choisi (en fonction du lieu, des capacités d'accueil et des soins à prodiguer)

Hôpital :

Clinique :

Je soussigné, Madame.....Monsieur.....

Autorise à faire pratiquer les premiers soins d'urgences, les examens ou toutes interventions chirurgicales nécessaires.

Autorise le responsable de la section à :

- .demander l'admission dans un établissement de soins,
- .à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité des parents.

Fait le,

Signature des 2 tuteurs obligatoire.