

# BULLETIN D'INSCRIPTION

## CADRE RÉSERVÉ AU CLUB

N° de licence :  Catégorie :   
Mode de règlement : Espèce  ANCV  Chèque    
Montant licence :  Montant Fédération :

NE PAS COLLER  
NE PAS AGRAFER

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_  
E-MAIL PÈRE : \_\_\_\_\_ MOBILE PÈRE : \_\_\_\_\_  
MÈRE : \_\_\_\_\_ MÈRE : \_\_\_\_\_  
(obligatoire pour recevoir la licence)

ATTESTATION C.E : OUI  NON   
ÉCOLE DE PATINAGE  RINK-HOCKEY  ROLLER DANCE   
TAILLE DU TEE-SHIRT : 3/5ans  5/7ans  7/9ans  9/11ans  11/13ans   
XS  S  M  L  XL  XXL   
LOCATION PATINS : OUI  NON  POINTURE :

- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Je déclare avoir pris connaissance des modalités pratiques des activités, des horaires et des lieux d'exercices et je donne mon accord pour les déplacements sportifs tels qu'ils sont organisés par le club..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Je déclare avoir pris connaissance du règlement interieur affiché sur les lieux d'entraînements et disponible sur le site internet du club, et y adhérer sans restrictions.....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives à la notice d'assurance proposées par la FFRS, et disponible sur notre site internet.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Je déclare avoir rempli le questionnaire de santé QS Sport et avoir répondu par la négative.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • J'autorise mon enfant à quitter les séances d'entraînement par ses propres moyens.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Je dégage la responsabilité du HCLM de tout évènement, incident, ou autre, pouvant survenir à mon enfant aussitôt que celui-ci aura quitté la séance.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • J'autorise mon enfant à pratiquer son sport dans la catégorie d'âge supérieure à celle prévue pour son âge, après accord du médecin (mentionné sur certificat médical).....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • J'autorise le HCLM à diffuser les photographies de mon enfant prises dans le cadre des entraînements ou des compétitions ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • J'accepte de participer à la vie du club, d'accompagner l'équipe lors des déplacements.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • J'accepte que mon enfant soit véhiculé par une tierce personne dans le cas ou je serais indisponible.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • J'accepte que mon enfant intègre une équipe et participe aux matchs.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • J'autorise les éducateurs du HCLM à prendre en mon absence toutes les dispositions urgentes et nécessaires en cas d'accident  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Observations particulières que vous jugez utile de porter à notre connaissance (allergies, traitements, précautions particulières à prendre) :<br>.....   |                          |                          |

Fait à .....

Le .....

Signature



# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

certifie que (Nom, prénom) \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_

Ne présente aucune contre-indication à la pratique du ROLLER en compétition, pour la discipline suivante :

Rink Hokey       Ecole de Patinage

Est apte à pratiquer cette activité en surclassement dans la catégorie immédiatement supérieure :     Oui     Non

Est apte à pratiquer l'arbitrage :     Oui     Non

Fait à

Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

