



FICHE D'INSCRIPTION ADULTES

Cotisation 75 €

PHOTO
Pour la licence

Nom : Prénom :

Date de naissance Age :

Adresse

Téléphone Fixe : Portable :

Adresse Email :

Personne à joindre en cas d'urgence :

Nom : Prénom : Tél. :

Droit à l'image :

J'autorise la diffusion de photos et vidéos :

- | | | |
|---|-----|-----|
| - sur le site Internet du Club Trèbes Tout Terrain | Oui | Non |
| - dans les médias (presse, revues diverses...) | Oui | Non |
| - en affichage au club et autres lieux | Oui | Non |
| - création d'imprimés (plaquette publicitaire, affiche, DVD...) | Oui | Non |

Renseignements médicaux

Nom du Médecin traitant : Tél :

Etablissement hospitalier : Tél :

Rencontrez-vous un problème particulier : Oui Non

Allergie : médicamenteuse alimentaire autre

Précisez

Le club décline toute responsabilité en cas de contre-indication non mentionnée

Je soussigné(e), Mlle, Mme, M.....

Autorise les responsables du Club à prendre toutes les dispositions qui s'imposent concernant les soins d'urgence, d'hospitalisation en cas d'accident lors des activités organisées par le Club.

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, m'engage à signaler toutes modifications concernant mon état de santé et avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Le.....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e).....Docteur en médecine,

Certifie que Mlle, Me, M

- **Est Apte pour toutes pratiques sportives.**

- **Ne présente aucun signe clinique à ce jour, empêchant la pratique du VTT**

Observation :

Fait à.....

Cachet et signature du praticien

Le.....