

# BULLETIN D'INSCRIPTION

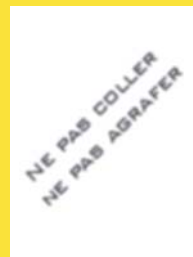
## CADRE RESERVE AU CLUB

N° de licence : \_\_\_\_\_

Catégorie : \_\_\_\_\_

Mode de règlement : Espèce  Chèque  \_\_\_\_\_ Chèque ANCV \_\_\_\_\_

Montant licence : \_\_\_\_\_ Montant Fédération : \_\_\_\_\_



NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

MOBILE PÈRE : \_\_\_\_\_ MOBILE MÈRE : \_\_\_\_\_

EMAIL PÈRE : \_\_\_\_\_  
(obligatoire pour recevoir la licence)

EMAIL MÈRE : \_\_\_\_\_  
(obligatoire pour recevoir la licence)

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Je déclare avoir pris connaissance des modalités pratiques des activités, des horaires et des lieux d'exercice 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 intérieur 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'assurances proposées par la FFRS. _____  | <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 HCCM 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 HCCM 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 où je serais indisponible. _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ J'accepte que mon enfant intègre une équipe et participe aux matchs et ce durant toute la saison. _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ J'autorise les éducateurs du HCCM 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) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_



# CERTIFICAT MEDICAL

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 Hockey       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 de médecin**

