Club Nautique du Canton de LOULAY, Rue du 08 Mai 1945, 17330 LOULAY
05 46 33 80 18 / *aquabike@clubnautiqueloulay17*
https://www.clubnautiqueloulay17.fr

Cadre réservé au club

Date de réception du document : ______________________________

Certificat Médical	*Oui / Non*
Questionnaire Médical	*Oui / Non*
Autorisation Parentale	*Oui / Non*
Mode de paiement	*Chq / Liq / Chq ANCV / Chq Sport / Ticket Sport*
Montant reçu	________ *€*
Commentaires	______________________________________
	______________________________________

BULLETIN INSCRIPTION SAISON ETE 2018

AQUABIKE

Fiche

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Prénom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphones : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| / |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| /
|__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Messagerie : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
@|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Messagerie : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
@|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

AUTORISATION PARENTALE - DECHARGE

Je soussigné(e) ……………………………….………...................………………………., représentant légal de ……………………………………………….. né(e) le ………………………………. à ……………………….

1) autorise - n'autorise pas (1) en cas d'accident, les responsables de l'association Club Nautique du Canton de Loulay à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale selon les prescriptions du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par le médecin des sapeurs pompiers ou du SAMU.

2) autorise - n'autorise pas (1) le transport sur les lieux des rencontres ou des activités proposées par le club, par des personnes véhiculées étant en règle avec les lois du Code de la Route, et décline toute responsabilité vis-à-vis du club et de ses éducateurs en cas d'accident.

(1) Rayer la mention inutile

Signature du représentant(s) légal(s)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur .... certifie avoir examiné
Nom : .... Prénom : ...., né(e) le ..../......./........... et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique sportive (Natation, Sports Nautiques, Compétition).
Fait à .... le ..../......../.........

Cachet et signature du médecin