

ADHÉRENT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____ SEXE : F M

ADRESSE : _____

 : _____  : _____

MAIL : _____

Adhésion :

- COURSE ADULTES et ENFANTS DE PLUS DE 8 ANS 160 €
 RANDONNÉE ADULTES 140 €
 RANDONNÉE ENFANTS 120 €

- Pour les familles : Remise de 20 € à partir de la 2^{ème} adhésion.

- Possibilité de paiement en 3 fois.

- Chèques vacances acceptés.

Pièces à fournir : Certificat médical de moins d'1 an.

Une photo d'identité.

POUR LES MINEURS COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

 : _____  : _____

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à quitter les séances d'entraînement du MRS par ses propres moyens et dégage le club de toutes responsabilités pour tout événement, incident ou autre pouvant survenir à l'enfant sitôt qu'il aura quitté la séance.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise la diffusion d'image de mon enfant dans le cadre de l'activité.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise les éducateurs du MRS à prendre les mesures nécessaires et urgentes en cas d'accident survenant lors des cours et entraînements.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

- Je reconnais avoir pris connaissance par l'intermédiaire de mon club des informations relatives à la notice d'assurance « dommages corporels » de base et des garanties complémentaires proposées par la FFRS (disponibles sur le site <http://www.ffrs.asso.fr> ou dans l'espace licencié sur <http://rolskanet-ffrs.net>).

- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de **Mérignac Roller Sports**.

Fait à _____

Le ___ / ___ / _____

Signature



BULLETIN D'ADHÉSION

Réservé au Club

Date : ___ / ___ / ___

N° licence :

Catégorie :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

 : _____  : _____

Je déclare avoir pris connaissance des modalités pratiques des activités et des lieux et horaires des cours.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Je donne mon accord pour les déplacements sportifs tels qu'ils sont organisés par le club.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise la diffusion de mon image	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Je souhaite participer à la vie du club.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Observations particulières que vous jugez utile à porter à notre connaissance : allergies, traitements, ...	

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné Dr _____

Certifie que Mlle – Mme – M. _____

Ne présente aucune contre-indication pour la pratique du roller, y compris en compétition.

Fait à _____ le ___ / ___ / _____

Signature et cachet du médecin