

Veuillez agraffer ici  
la(les) photo(s) avec  
le nom de l'enfant  
au dos

Nom (de l'enfant) : ..... Prénom(de l'enfant) : .....

Sexe : F  M  Représentant légal : .....

Né(e) le ...../...../..... à : ..... Tél. Domicile:..... Tél. Mobile:.....

Nationalité : ..... E-mail : ..... @

Adresse:.....

.....Code Postal:..... Ville:.....

Profession père : ..... Profession mère : .....

### AUTORISATION EN CAS D'ACCIDENT

Nom et prénom de l'enfant : .....

Nom et prénom du représentant légal : .....

J'autorise, le représentant de l'association Club Gymnique Lormontais, à prendre toutes les mesures d'urgence consécutives à un accident : admission en service hospitalier et demande de sortie de l'enfant.

J'autorise par ailleurs la pratique, en cas d'impossibilité de transport à proximité de mon domicile, d'une intervention chirurgicale justifiée par son état de santé.

Votre médecin de famille : ..... Tél. : .....

Personnes à contacter en cas d'accident :

-Mère :..... Tél. : .....

-Père :..... Tél. : .....

-Autre :..... Tél. : .....

Précautions particulières (allergie, antécédents familiaux) : .....

J'autorise le Club Gymnique Lormontais à utiliser les images et prises de vue vidéo de mon(mes) enfant(s) mineur(s) prises à l'occasion des entraînements, compétitions, gala de la saison 2017/2018.

Cette autorisation est donnée en vue de la reproduction et de l'exploitation de la ou des dites photos et prises de vue vidéo sur tous supports photographiques, vidéos et pour tous modes de diffusion.

**Demande de facture pour remboursement CE ou autre organisme :  OUI  NON**

Fait à Lormont le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nom, Prénom et Signature du responsable :

**ZONE COMPLETEE PAR L'ASSOCIATION**

Spécialité et Groupe (réservé au CGL):

<b>LOISIRS</b>			
BABYGYM	ECOLE DE SPORT	ADULTE GYM	
<b>COMPETITION</b>			
GAF	GAM	GRS	CHEER

LOISIR	COMPETITION	
BABYGYM, ECOLE DE SPORT, ADULTES	GYM - GRS	CHEER
<input type="checkbox"/> Certificat médical – de 3 mois <input type="checkbox"/> 1 photo d'identité <input type="checkbox"/> 1 enveloppe timbrée	<input type="checkbox"/> Certificat médical – de 3 mois <input type="checkbox"/> 2 photos d'identité <input type="checkbox"/> 1 enveloppe timbrée <input type="checkbox"/> Autorisation parentale	<input type="checkbox"/> Certificat médical – de 3 mois <b>SUR LE PAPIER FEDERAL</b> <input type="checkbox"/> 1 photo d'identité <input type="checkbox"/> 1 enveloppe timbrée <input type="checkbox"/> Autorisation parentale <input type="checkbox"/> Carte d'identité ou livret de famille
COTISATION Annuelle : 150€ PARTICIPATION Licence : 10€	COTISATION Annuelle : 195€ PARTICIPATION Licence : 15€	

**Pour tout engagement au-delà de 3 semaines après l'inscription (à compter du 01/09/2016), la totalité de la cotisation est due.**

Montant de la cotisation .....€				
Montant de la licence .....€		<b>Total dû 2017/2018 .....€</b>		
Date	Chèque (Banque et nom du chèque) ou espèce ou coupon sport	Montant	Date d'encaissement	Visa

Paiement échelonné possible du 01/06/2017 au 30/01/2018 avec accord du bureau

Dossier saisi le :

Par :