



Photo

**ADHERENT 1** GROUPE :

ENTRAINEMENT :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Établissement scolaire fréquenté : .....

Frère et sœur inscrit au club: .....

**PARENTS/RESPONSABLE LÉGAL**

Nom/prénom : .....

Nom/prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Tel : .....

Tel : .....

@ : .....

@ : .....

Profession : .....

Profession : .....

Dans le cadre des manifestations organisées par le club seriez- vous prêts à donner de votre temps ?

.....

**RESERVE AU CLUB**

INSCRIPTION		Nouvelle	Renouvellement		Mutation
COTISATION :			2 ENVELOPPES	MEDICAL	PHOTO
CHEQUE	ESPECES	AUTRES	BABY GYM	FREESTYLE	GAF
<i>Paiement 1</i>	€		EVEIL	TRAMPO	
<i>Paiement 2</i>	€		DETECTION	TUMBLING	GAM
<i>Paiement 3</i>	€		LOISIR		
			LOISIR AVANCE		

Bureau du **STADE CASTRAIS**

29 rue de la Gravière 81100 CASTRES

Tel : 05.63.59.54.32

@ : [stade-castrais@wanadoo.fr](mailto:stade-castrais@wanadoo.fr)

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné ,

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Nom-Prénom (enfants) : .....

**AUTORISE**                       **N'AUTORISE PAS**

→La prise d'une ou plusieurs photographies et/ou vidéos à titre gracieux représentant mon/mes enfant(s) dans le cadre des activités, des compétitions et réunions collectives organisées par l'association du Stade Castrais.

→La diffusion et la publication pour une durée illimitée, sont destinées à l'usage de l'association pour le site internet, les journaux, l'affichage...

→Je prends note que je conserve le droit d'accès et de rectification de ces informations (image/vidéo) et que je peux interrompre à tout moment toute nouvelle publication sur simple demande adressée par courriel à : [stade-castrais@wanadoo.fr](mailto:stade-castrais@wanadoo.fr)

## AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon/mes enfant(s)

→A rentrer seul au domicile  **OUI**                       **NON**

→A attendre à l'extérieur de la salle en dehors des heures de cours  **OUI**                       **NON**

→J'autorise les membres de l'association à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant pendant les entrainements ou les compétitions. (En cas de blessures, nous nous tenons obligés d'appeler les pompiers.)  **OUI**                       **NON**

## MEDICAL

Je précise si mon enfant a :

**Un traitement récurrent** : .....

**Une maladie** : .....

**Autre problème de santé (asthme, allergies...)** : .....

**Médecin traitant** : .....

**Autre personne à prévenir en cas d'urgence** : .....