



# FICHE D'INSCRIPTION

SAISON 2024/2025

PHOTO



cadre grisé = réservé au club

## Parents/Responsable légal

Mère

Père

Nom/Prénom:

Adresse:

CP/Ville:

Téléphone:

Mail: (EN MAJUSCULES)

Profession:

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

OUI

NON

### Adhérent 1

Groupe:

Nombre: 1

Jour d'Entrainement:

Nom/Prénom:

Date de naissance:

Etablissement Scolaire:

Tumbling  GAF  Eveil

Trampoline  Parkour  GAC

GAM  Baby-Gym  Gym Adulte

Règlement intérieur:

Photo:

Certificat Médical:

Enveloppes timbrées:

Nom de votre Mutuelle :

## RÉSERVÉ AU CLUB

LICENCE FFG 50 €

COTISATIONS :

TOTAL :

Adhérent

Nouvelle  Ré-inscription  Mutation

Remarque:

Paiement 1: (N° chèque \_\_\_\_\_ )

Paiement 2: (N° chèque \_\_\_\_\_ )

Paiement 3: (N° chèque \_\_\_\_\_ )

Pass Sport N° PASS Sport \_\_\_\_\_

Chèque collège  Chèque  Espèces  CB  ANCV \*\* (Supplément de 5€ de frais de gestion en espèces ou chèque)

Adresse: STADE CASTRAIS Place du 1er mai Maison des Associations 81100 CASTRES

Tél: 07-88-66-48-01 Mail Dirigeant: [contact@stadecastrais-gym.fr](mailto:contact@stadecastrais-gym.fr)

(Suite au Verso)

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e),

Nom:

Prénom:

Nom et Prénom de ou des enfant(s):

**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

## 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 entraînements ou les compétitions (en cas de blessure, nous nous tenons obligés d'appeler les pompiers)  OUI  NON

## MEDICAL

Je précise si mon/mes enfant(s) a/ont:

**Un traitement récurrent:**

**Une maladie:**

**Autre problème de santé :**  
(asthme, allergie, etc...)

**Nom du Médecin traitant:**

**Nom, Prénom et téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence:**

**Je reconnais avoir pris connaissance des valeurs et chartes de la FFGYM**

**A:** \_\_\_\_\_

**Signature:**

**Le:** \_\_\_\_\_