

## INDICATIONS MEDICALES

Nom, adresse et N° de téléphone du Médecin traitant .....

Code postal ..... Ville .....

N° de S. S. et/ou nom de la Mutuelle de l'athlète .....

Groupe Sanguin ..... Allergies .....

En cas d'urgence l'athlète doit être transporté à : Hôpital de Fleyriat ou Clinique Convert ou Autres

## PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

**Père (lieu de travail ou domicile)** .....

N° de téléphone .....

**Mère (lieu de travail ou domicile)** .....

N° de téléphone .....

**Autre personne** ..... N° de téléphone .....

Observations éventuelles

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur .....

demeurant .....

certifie avoir examiné M. .... né (e) le .....

Adresse .....

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

et n'ayant constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de l'athlétisme en compétition.

A ..... le ..... Signature et cachet du Médecin

### réservé à la gestion du club

reçu le .....

montant et mode de paiement espèces ..... chèque (s) .....

coupon-sport ..... bons loisirs ..... Employeur / CE .....

pièces manquantes .....

SPRINT  DEMI-FOND  LANCERS  SAUTS  MARCHÉ  ECOLE ATHLETISME

## **BULLETIN D'INSCRIPTION (3)**

Nom ..... Prénom .....

Date de Naissance ..... N° de Licence FFA .....

Sexe : Masculin Féminin (rayer la mention inutile)

Nationalité ..... Date d'expiration de la carte de séjour .....

*(pour les étrangers hors Union Européenne et hors Association Européenne de Libre Echange (Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse) (voir article 18 des Règlements Généraux) la période de validité de la licence ne peut excéder celle de l'autorisation de séjour en France dont la date d'expiration doit figurer sur la licence créée ou renouvelée)*

Adresse .....

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

N° de téléphone ..... E-mail : .....

A ..... le ..... Signature

## **AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS**

Je soussigné(e) .....

PERE – MERE – TUTEUR LEGAL(1) .....

Autorise mon enfant : NOM ..... PRENOM .....

Né(e) le .....

**A être transporté par le responsable dirigeant et / ou entraîneur dans leur véhicule personnel lors des déplacements, entraînements ou compétitions.**

**Autorise ces mêmes personnes à faire soigner leur enfant, à faire pratiquer toutes interventions d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté et s'engage à rembourser s'il y a lieu, le montant des frais médicaux engagés.**

Fait à : ..... le : ..... Signature (2)

(1) Rayer les mentions inutiles.

(2) Faire précéder votre signature de la mention << Lu et Approuvé >>

(3) Aucune inscription ne sera remboursée après création de la licence.