



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Saison

NOM	
PRENOM	
Date et Lieu de Naissance	
Adresse	
Code Postal	
Ville	
Téléphone Personnel	
Adresse Mail	

Qualité du Membre :

Pilote
 Arbitre
 Supporter

Responsable Légal Si Pilote Mineur

A Préciser :

<input type="checkbox"/> Papa	<input type="checkbox"/> Maman	<input type="checkbox"/> Autres :
NOM et PRENOM		
Adresse *		
Code Postal		
Ville		
Téléphone		
Adresse Mail		

<input type="checkbox"/> Papa	<input type="checkbox"/> Maman	<input type="checkbox"/> Autres :
NOM et PRENOM		
Adresse *		
Code Postal		
Ville		
Téléphone		
Adresse Mail		

* Mentionner l'adresse uniquement si différente à celle du pilote

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné :

NOM et PRENOM			
<input type="checkbox"/> Papa	<input type="checkbox"/> Maman	<input type="checkbox"/> Moi-même	<input type="checkbox"/> Autres

Agissant en qualité de représentant légal de :

NOM PRENOM	
-------------------	--

Autorise le club BMX CHAMPEY à prendre des photos et des vidéos qui peuvent être diffusées par le Club sans contrepartie (site du club, réseaux sociaux, journaux, affiches, ...)

*Signature, précédée de la mention
« Lu et Approuvé »*

ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Nous attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur du club BMX CHAMPEY et acceptons de le respecter.

Signatures, précédée de la mention « Lu et Approuvé »
REPRESENTANT LEGAL **PILOTE**

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL EN CAS D'URGENCE

Je soussigné :

NOM et PRENOM			
<input type="checkbox"/> Papa	<input type="checkbox"/> Maman	<input type="checkbox"/> Moi-même	<input type="checkbox"/> Autres

Agissant en qualité de représentant légal de :

NOM PRENOM	
Date Lieu Naissance	
N° Sécurité Social	
Groupe Sanguin	
Observations Médicales (Allergies, Asthme, ...)	

Autorise le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, Samu, Ambulance) et autorise le praticien à faire tout examen médical nécessaire à l'établissement du diagnostic, et en cas d'urgence, à pratiquer une intervention chirurgicale, y compris acte d'anesthésie et de réanimation.

*Signature, précédée de la mention
« Lu et Approuvé »*

PERSONNES A CONTACTER RAPIDEMENT EN CAS D'URGENCE

NOM et PRENOM	Téléphone