

Activité (si plusieurs disciplines)

NOM
NOM marital
Nationalité
E-mail
Adresse
Code postal

PRÉNOM
Date de naissance
Lieu
Ville

Profession/Université/Etablissement scolaire
Niveau ou classe

Téléphone Domicile Portable Père Mère

EN CAS D'URGENCE

- Je donne Autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence
 Je ne donne pas

Médecin traitant
Nom et Téléphone Personne à prévenir en cas d'urgence

DROIT À L'IMAGE

- J'autorise la publication de mon image ou de celle de mon enfant
 Je n'autorise pas

PROTECTIONS DES DONNÉES

- J'accepte de recevoir **des mails du Stade Clermontois** : la carte d'adhérents du club, les offres spéciales de nos partenaires, des newsletter du club, les invitations à des événements sportifs internes ou externes
 Je n'accepte pas

AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEURS POUR LES MINEURS

Je soussigné (NOM et Prénom)
agissant en qualité de (parent/tuteur)
Demeurant
Autorise mon fils ma fille
à pratiquer le sport suivant :

- Je, soussigné,
– déclare avoir pris connaissance des Statuts du SC et les accepter (www.stade-clermontois.com)
– déclare avoir pris connaissance que la pratique du sport ne se fait qu'avec un certificat médical d'aptitude
– accepter que les remboursements peuvent être accordés selon le règlement propre à chaque section

A le Signature

Joindre : 1 photo *et* Certificat médical d'aptitude

Règlement : Espèces Chèque Autre

COMMENT NOUS AVEZ-VOUS CONNU ?

- Campagne de communication
- Forum
- Réseaux sociaux (Facebook, Instagram, site internet)
- Autre