



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