



A I K I D O

CLUB DE SAINT GENIS LAVAL



ufolep  
TOUS LES SPORTS AUTREMENT

## INSCRIPTION 2020/2021

Merci de remplir le plus **lisiblement** possible les informations ci-dessous (**Il en sera établi votre licence sportive**) :

**Nom** : .....

**Prénom** : .....

**Adresse** : .....

**Code postal** : .....

**Ville** : .....

**Téléphone** : .....

**Mobile** : .....

**Date de naissance** : .....

**Adresse Courriel** : .....

- ✓ Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur qui a été mis à ma disposition et l'accepte dans sa totalité.
- ✓ J'ai pris connaissance de la documentation fournie par l'UFOLEP concernant les assurances facultatives liées à mon activité.
- ✓ J'autorise la section à publier ou faire publier dans la presse locale, sur un site Internet ou les réseaux sociaux des photos où j'apparaîtrais.
- ✓ Toute inscription est définitive, aucun remboursement ne peut avoir lieu.

*Saint Genis Laval Aïkido Club réalise un traitement de données personnelles ayant pour finalité la gestion des adhérents du club. Ces données sont à l'usage exclusif du club et de l'UFOLEP, fédération à laquelle l'association est affiliée Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent. Pour exercer ce droit, adressez-vous à sylviane.jolo@orange.fr*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :



# A I K I D O

## CLUB DE SAINT GENIS LAVAL



ufolep  
TOUS LES SPORTS AUTREMENT

### AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e),

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Père, mère, tuteur (*ayer les mentions inutiles*) Inscris mon fils, ma fille,

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Au cours d'Aïkido.

- J'autorise le responsable ou l'accompagnateur à transporter mon enfant dans son véhicule lorsque cela est nécessaire.
- J'autorise, en cas d'urgence, le responsable, son représentant ou l'accompagnateur soit à faire appel à un médecin, soit à faire transporter mon enfant dans un établissement hospitalier pour y recevoir les soins que nécessiterait son état.
- En particulier, j'autorise expressément toute intervention chirurgicale urgente qui s'avèrerait nécessaire après avis des autorités médicales.

Numéro(s) de téléphone auxquels on peut me joindre en cas de problème pendant les cours :

Domicile	Travail	Portable

Autre(s) personne(s) à contacter :

Nom et qualité		
Tél. domicile	Tél. travail	Tél. portable
Nom et qualité		
Tél. domicile	Tél. travail	Tél. portable

**Observations particulières (médicales ou autres) concernant l'enfant :**

.....  
.....  
.....

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :