



DOSSIER DE RE-INSCRIPTION



Club Omnisport de Courcouronnes
Section Gymnastique Rythmique
SAISON: 2020- 2021

PHOTO 1 : Ne pas
coller

PHOTO 2 : Coller ICI

LOISIR COMPETITION N° LICENCE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Identité de l'adhérent

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

Code postal : _____ ville : _____

Téléphone _____ Portable _____

e-mail 1 _____

IMPORTANT : fournir un mail valide et consulté régulièrement et informer le club de tout changement

e-mail 2 _____

Autorisations parentales

NOM DES PARENTS* _____

() pour les mineurs si différents des parents*

Personne à contacter en cas d'accident (nom, prénom)

Parent 1** _____ Tél _____

Parent 2** _____ Tél _____

*(**) Tout changement de coordonnées doit être signalé à tout moment de l'année*

Entrée et sortie du gymnase

Nous vous demandons d'accompagner votre enfant dans le gymnase et de le laisser UNIQUEMENT après vous être assuré de la PRESENCE DE L'ENTRAINEUR

J'AUTORISE (*) JE N'AUTORISE PAS

Mon enfant à rentrer seul à son domicile après l'entraînement

() et décharge l'association de toute responsabilité*

Droit à l'image

J'AUTORISE JE N'AUTORISE PAS

la section GR à utiliser les photographies ou films réalisés dans le cadre des activités sportives de mon enfant ou de moi-même à des fins d'affichage ou de parution dans les publications municipales, sur Facebook, le site du club, etc...

Acceptation du règlement intérieur et esprit sportif

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la section GR qui m'a été remis à l'inscription et consultable sur le site coc-gr.fr

Signature du responsable ⁽¹⁾

Signature de la gymnaste ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Précédée de la mention "lu et approuvé, bon pour accord"

Certificat médical

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M, Mlle, Mme

Date de naissance : _____ Age : _____

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la gymnastique rythmique en compétition

Certificat établi à : _____

Date : _____

Signature du médecin :

Tampon du médecin

Cotisation annuelle

La cotisation annuelle reste acquise et ne pourra donner lieu à un remboursement total ou partiel. Elle est payable en quatre fois maximum. (1)

Remise en banque	Chèque ou espèces	Banque	Nom du payeur	Montant

TOTAL DU PAIEMENT

COTISATION

(1) Informations complémentaires figurant sur la fiche "informations pratiques" ci-jointe.

Signature du dossier

Signature OBLIGATOIRE de l'adhérent majeur ou des parents pour les mineurs