

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Saison 2019-2020 BABYGYM

NOM :

Prénom :


Date de naissance :

- 0h45 avec parents 1h00
 BP1 BP2 B1 B2 B3 B4
 BP3 B5 B6 B7 B8

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Père/Tuteur : Mère/Tutrice :

Mobile :

 Mobile :

E-mail :

Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant (nom/n°tel) :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) ,
autorise mon enfant à participer aux déplacements de
l'Association Sportive, dans le cadre de compétitions
officielles ou amicales, challenges, concours, rencontres,
ainsi qu'aux divers stages et donne pouvoir aux
responsables pour prendre en mon nom, toutes décisions
qu'ils jugeront utiles en cas d'urgence, maladie, accident
ou intervention chirurgicale y compris anesthésie
générale, selon les prescriptions de la faculté.

Signature des parents:

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)

- Autorisent Refusent

la publication sur le site internet de GAL'A et sur la page
Facebook, de photographies ou de films de mon enfant, ou
tout membre de la famille.

Conformément à la loi, le libre accès aux données
photographiques qui vous concernent est garanti. Vous
pourrez donc à tout moment en vérifier l'usage qui en est
fait et vous disposez du droit de retrait de ces images si
vous le jugez utile. Signature des parents :

ENGAGEMENT ET PARTICIPATION DES GYMS DE 14 ANS ET +

Gyms né(e)s en 2006 et avant

Je m'engage pour la saison 2019/2020

- Juger pour le Club
 Participer à l'encadrement (entraîner un groupe)
 Participer au Conseil d'Administration (+16)

Signature du Gymnaste : Signature des Parents si mineur :

REGLEMENT INTERIEUR

- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du club
et m'engage à le faire respecter à mon enfant.

**Je déclare exacts les renseignements
portés sur cette fiche**

Date et Signature :

Cadre réservé à GAL'A

- Paiement : Chèque
 nb Chq et dates enc
 Carte bleue
 PASSREGION.....
 ANCV
 Espèces
 Certificat médical Date de délivrance :
 Attestation questionnaire de santé

