

DOSSIER D'INSCRIPTION SAISON 2023-2024



Blagnac le :

ADHÉRENT (NOM Prénom) : _____

CRÉNEAU : _____

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je reconnais avoir pris connaissance du **règlement intérieur** (en téléchargement sur le site du Club : www.gymbagnac.com) et déclare en accepter le contenu.

Signature du représentant légal

COMPÉTITIONS

Je, soussigné(e), _____, autorise mon enfant _____ à participer aux compétitions.

De fait, je m'engage à :

- respecter le calendrier des compétitions remis en début de saison, par conséquent, à ce que mon enfant soit présent aux compétitions,
- me procurer la tenue officielle de compétition du club.

En effet, dès lors que votre enfant rejoint un groupe compétitif, son absence peut compromettre la participation de toute l'équipe à la compétition et engendrer des sanctions financières pour le Club.

PRÉCISIONS :

1. Les frais de déplacement en compétition sont à la charge des parents.
2. La tenue de compétitions pour les gymnastes :
 - **FILLES** : justaucorps du club (90€)
 - **GARÇONS** : Sokol (45€) + Léotard (entre 45 et 52 €) + short (20 €) du club
 - **FILLES ET GARÇONS** : survêtement du club (65 €)

Signature du représentant légal, précédée de la mention « Lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE SAISON 2023-2024



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles au bon déroulement de la saison gymnique de votre enfant, elle sera détruite en fin de saison.

ADHÉRENT

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : / /
PRÉNOM : _____ TÉLÉPHONE :

RESPONSABLES

PARENT 1

NOM : _____ TÉLÉPHONE PERSO :
Mail : _____ TÉLÉPHONE PRO :

PARENT 2

NOM : _____ TÉLÉPHONE PERSO :
Mail : _____ TÉLÉPHONE PRO :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

NOM MUTUELLE :

1. Votre enfant suit-il un traitement médical, hors infections bactériennes, pendant la saison ?

- OUI Si OUI, joindre une **ordonnance récente** et **les médicaments** correspondants
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant - avec notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**
- NON

2. Votre enfant a-t-il des allergies connues ?

- Allergies médicamenteuses ? NON OUI Lesquelles :
- Allergies alimentaires ? NON OUI Lesquelles :
- Allergies autres ? NON OUI Lesquelles :

3. Votre enfant est-il asthmatique ? NON OUI

Allergies et/ asthme : précisez les symptômes connus et la conduite à tenir en cas de survenance

4. Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc... OUI

Précisez et détaillez vos recommandations utiles

NON

AUTORISATION PARENTALE / HOSPITALISATION

Je, soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant _____ et agissant en qualité de père – mère - tuteur de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je déclare donner les pleins pouvoirs à l'Association ÉLAN GYMNIQUE DE BLAGNAC, représentée par son Président ou l'un des membres directeurs, pour prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de l'enfant (*traitement médical, hospitalisations, interventions chirurgicales*), dans le cas où mon enfant serait malade ou accidenté pendant l'entraînement ou en compétition.

En cas d'urgence, je désire que mon enfant hospitalisé, dans la mesure du possible à : _____

A Blagnac le :

Signature du représentant légal