

Mineur



DOSSIER D'INSCRIPTION

Cadre Réserve à l'EGB

Chèque				ANCV coupons sport			
Espèces				ANCV chqs vacances			
Virement				ANCV connect			
CB en ligne				Pass'Sport			
CB sur place				Ticket Sport Mairie			

Groupe :

Date finalisation dossier : _____

NOM Prénom de l'enfant : _____

CRÉNEAU (jour et horaires) : _____

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.

PRÉCISIONS :

1. Les frais de déplacement en compétition sont à la charge des parents.
2. La tenue de compétition pour les gymnastes :
 - **FILLES** : justaucorps du club
 - **GARÇONS** : Sokol + Léotard + short du club
 - **FILLES ET GARÇONS** : survêtement du club

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

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*).

☐ NON

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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 l'un des membres directeurs ou par un salarié, pour prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de l'enfant (*traitement médical, hospitalisations*), 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 soit hospitalisé, dans la mesure du possible à : _____

A Blagnac le :

Signature du représentant légal

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

(Enfants mineurs)

Je soussigné(e) / Nous soussignés :

Agissant en qualité de représentant/s l'égal/aux de l'enfant mineur :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Numéro de licence :

☐ Autorise / Autorisons le club de gymnastique l'ÉLAN GYMNIQUE DE BLAGNAC à utiliser et diffuser l'image de mon enfant mineur sur les supports de communication suivants :

- le site internet, les réseaux sociaux de l'EGB,
- les affiches, les panneaux d'affichage.

Fait à, le

Signature du/des représentant(s) légal(aux) de l'enfant mineur, précédée de la mention manuscrite

« Bon pour accord d'utilisation de l'image »