



## ROLLER CLUB DU CIRCUIT D'ALBI

### FEUILLE D'INSCRIPTION A RETOURNER AU CLUB

71, Chemin de Caynac - 81000 ALBI

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

Téléphone Domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_

Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Régime social :  Sécurité Sociale  M.S.A.  Autre : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_

#### VEUILLEZ NOUS TRANSMETTRE :

1. Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive du roller
2. 3 enveloppes timbrées avec votre adresse
3. 3 photos d'identité
4. photocopie de la carte d'identité.

#### AUTORISATION PARENTALE VALABLE POUR LA SAISON 2006/2007

Je soussigné(e) Nom, Prénom, \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de  père  mère  tuteur légal

Autorise mon enfant : Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

A fréquenter le Roller Club du Circuit d'Albi.

Je déclare autoriser l'enfant mineur inscrit ci-dessus, à pratiquer les activités sportives de roller.

Je déclare avoir pris connaissance des modalités de la pratique du roller.

J'autorise les Cadres du Club en cas d'urgence, à se substituer à moi pour les actes nécessaires à la sécurité ou à la santé de mon enfant et à prendre toute décision que l'urgence médicale ou chirurgicale nécessiterait sur demande d'un Médecin.

J'autorise le Club à photographier mon enfant dans son groupe ou seul pour les besoins de communication (affichage, publicité, etc...)

Je reconnais avoir été informé des risques normaux de la pratique de l'activité sportive, des obligations qu'elle comporte et déclare les accepter pour mon enfant.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature