



# FICHE D'INSCRIPTION UNION GYMNIQUE SAINT-PAULOISE

**Catégorie** (voir fiche ou entraîneurs) : .....

## COORDONNÉES DU GYMNASTE

NOM : ..... Prénom : .....

Date naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Portable : .....

**Adresse Mail** : .....

## COORDONNÉES DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Portable: ..... Mail : .....

**Le Certificat Médical (CM) n'est plus obligatoire pour les mineurs et valable 3 ans pour les majeurs. Questionnaire de santé obligatoire pour tous**

UNION GYMNIQUE SAINT-PAULOISE

46, rue du Vieux Tachaires

40990 SAINT PAUL LES Dax



Association Loi de 1901 – n° 1/03173

Agréée Jeunesse et sport - n° 208 S 4090

## AUTORISATIONS

**Je soussigné** .....

**AUTORISE** les responsables et les dirigeants à amener la personne désignée ci-contre dans le centre de soins le plus proche en cas d'accident lors des entraînements, cours adultes ou compétitions, l'intervention d'un médecin ou d'un chirurgien permettant de prendre toutes les décisions concernant l'éventuelle hospitalisation et le rapatriement. **AUTORISE** mon enfant ou moi-même à effectuer les déplacements en car ou en voiture avec un dirigeant ou un parent accompagnateur de l'UGSP. **AUTORISE** le Club à effectuer des photos de la personne désignée ci-contre dans le cadre de ses activités gymniques et à reproduire ces photos sur son site internet, son journal info-gym, ou tout autre support du Club, et ce sans aucune forme de rémunération.

**CERTIFIE AVOIR LU ET ACCEPTE** les modalités de l'adhésion ainsi que le règlement et le fonctionnement de

**Le :** ..... **à :** .....

**Signature**

**avec la mention « lu et approuvé » :**

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie que M.....Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la gymnastique (même en compétition)

**Cachet du médecin**

Fait à.....

Le.....