

Paieiment licence :

Cotisation :

Certificat Médical :



SKI CLUB
MONTS D'OLMES
<http://www.scmo.fr>



FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION 201. /201.

Nom : Prénom : Nationalité :

Né(e) le : Sexe :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Adresse e-mail :

Téléphone :

Portable :

Tel du père :

Tel de la mère :

Licence numéro :

Personne à contacter aux heures d'entraînement :

Nom, Prénom :

Tél :

Particularités médicales de l'enfant (traitements, maladies chroniques, allergies,...)

Joindre OBLIGATOIREMENT un certificat médical de non contre-indication à la pratique du ski en compétition. (Il sera valable 3 ans)

En cas d'accident nécessitant une intervention urgente, j'autorise le personnel responsable de l'enfant à prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires pour assurer la sécurité de mon enfant.

D'autre part,

J'autorise

Je n'autorise pas

le SCMO à utiliser pour son site Web exclusivement et à des fins non commerciales, des photos sur lesquelles j'apparais /apparaît mon enfant mineur de façon identifiable.

Date et Signature :