

FICHE D'INSCRIPTION ROLLER MANIA

SAISON 2011/2012

Ecole de Roller

NOM & Prénom	Date de naissance	Catégorie
Adresse	Téléphone portable	Adresse Mail
	N° Sécurité Sociale	

Autorisation parentale (obligatoire pour les mineurs)

Je soussigné(e).....Père/Mère de

- déclare autoriser mon (mes) enfant(s) ou moi-même à pratiquer le Roller Skating au sein de l'association Roller Mania, à participer aux entraînements et aux compétitions. J'autorise également le simple surclassement.
- déclare autoriser l'association Roller Mania à diffuser dans les revues de presse ou sur le site Web des photos de mon (mes) enfant(s) ou de moi-même prises dans le cadre des activités du Club, dépendantes et indépendantes du Club (presse, média, TV, reportages) ; *(rayez ce paragraphe si vous ne le souhaitez pas).*
- déclare autoriser mon (mes) enfant(s) ou moi-même à participer aux activités sportives du Club et les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

A....., le..... Signature :

TARIFS ANNUELS

135,00 € pour 1 cours/semaine
205,00 € pour 2 cours/semaine

Chèque à l'ordre de « Roller Mania »

(Possibilité de régler en deux fois : le premier débité en octobre et le second en novembre).

HORAIRES ET LIEUX

Plateau Polyvalent de la Guicharde
Les mardis et vendredis

- 17 h à 18 h : nés entre 2001 et 2006
- 18 h à 19 h : nés entre 2000 et avant

(Possibilité de changement de cours en fonction du niveau).

MODALITES D'INSCRIPTION

- cette fiche,
- le certificat médical (ci-contre),
- 1 photo d'identité,
- le règlement de la cotisation.



FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER SKATING

Certificat médical

Je soussigné, Dr, certifie que

Mlle, Mme, M. (nom+prénom) :

- ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives (dans le cas d'une première licence sportive)
- ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller skating en compétition
- est apte à pratiquer en surclassement (dans la catégorie immédiatement supérieure)

Fait à....., le

Signature et cachet du Médecin,