

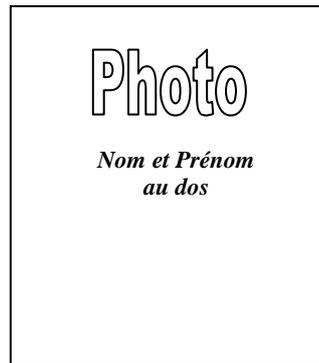


ASSOCIATION SPORTIVE MONTBELIARD NATATION

ADHERENT

NOM :
NE(E) le :
ADRESSE :

Prénom :
.Sexe :



Tél Dom :
E-MAIL :

Tél Port :

REPRESENTANT LEGAL (pour adhérent moins de 18 ans)

NOM : Prénom :

AUTORISATIONS :

Je soussigné(e) M. Mme Melle :

Père, Mère ou Tuteur

1. Autorise les responsables de l'ASM Natation, en cas d'accident ou de maladie lors des entraînements, déplacements, stage du club ou en compétitions, à prendre toutes les mesures d'urgence et à faire soigner le susnommé dans l'hôpital le plus proche.
2. Autorise le transport du susnommé en véhicule du club, en car, en train, en voiture particulière d'un membre du club, ou d'un parent, dans le cadre de rencontre interclubs ou de championnat.
3. Autorise l'ASM Natation à utiliser les photographies et les vidéos réalisées dans le cadre de ses activités, représentant mon enfant ou moi-même pour illustrer des documents du club.
4. J'ai pris connaissance du règlement intérieur, j'en accepte les conditions et m'y conforme.
5. Je m'engage à fournir le certificat médical datant de moins de 3 mois, à l'inscription.

Inscription Saison 2017/2018

(limite âge : jusqu'au 31 décembre 2013)

CERTIFICAT MEDICAL (datant de moins de 3 mois)

Médecin :

Date :

Groupe :

Jours :

Horaires :

Jours :

Horaires :

PAIEMENT (exigé en totalité à l'inscription)

NOM :

BANQUE :

Partie réservée au club

	N° du chèque	Date d'encaissement	Montant
1 ^{er} Versement			
2 ^{ème} Versement			
3 ^{ème} Versement			

3 chèques maximum libellés à l'ordre de : ASM Natation et tous datés du jour de l'émission.

Aucun remboursement ne sera effectué en cours de saison.

Fait à :

Date :

Signature :

Pour infos : Site ASMN : <http://asmontbeliard-natation.fr>

Ajouter problème de santé