

Inscription: BOURDAIS Jacques
Email : bourdaisjacques@aol.com

FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 2024 - 2025

NOM et Prénom: _____
Date de naissance: ____/____/____
Adresse: _____
Code postal: _____ Ville: _____
Tel portable: _____ Email: _____

Tarifs annuels (entraînements avec encadrement)		C
Ecole de Tennis de table, Loisir	/	90
Sénior licencié	/	110
Junior licencié	/	110
Cadet, Minime, Benjamin, Poussin	/	90
Remise famille		
Remise pour la 2eme personne	/	- 10€
Remise pour la 3eme personne	/	- 15€
Total à régler		C

Règlement de l'inscription

1 fois (oct.) 2 fois (jan.) 3 fois (mars)

Cerificat médical datant de moins d'un an, avec le code du médecin et la mention :
« apte à la pratique du tennis de table en compétition ».

Droit à l'image: J'autorise LA CHATELAUDRINAISE à utiliser mon image pour
le promotion du club à travers ses publications.

OUI NON

L'association informe ses adhérents qu'ils ont la faculté de souscrire une garantie individuelle
accident pour la pratique de ce sport ou se rapprocher de leur assureur familial pour la
souscription d'un contrat garantissant accidents de la vie privée.

Charte du respect à signer par le(la) joueur(joueuse)

JE M'ENGAGE A:

- ETRE POLI
- RESPECTER LES AUTRES (JOUEURS, ENTRAINEURS,...ETC)
- RESPECTER LES HORAIRES
- INSTALLER ET RANGER LE MATERIEL ET LE RESPECTER
- ECOUTER LES CONSIGNES DE L'ENTRAINEUR
- PORTER UNE TENUE ADAPTEE

Date: ____/____/2024 **Signature :** _____

NOM et Prénom mère: _____ Email: _____
Tel portable: _____

NOM et Prénom père: _____ Email: _____
Tel portable: _____

Autorisation parentale

Je soussigné(e): _____
père, mère, responsable de l'enfant inscrit (*): _____

autorise / n'autorise pas (*)
à se rendre et repartir seul du cours de tennis de table aux heures de début et de fin
définies lors de son inscription.

autorise / n'autorise pas (*)
en cas d'urgence médicale, les représentants légaux du club ou par défaut toutes
personnes adultes adhérentes au club en cas d'urgence médicale avérée, à se
substituer à moi pour les actes nécessaires à la sécurité et à la santé de mon enfant et
à prendre toutes les décisions d'urgence médicale, chirurgicale et d'anesthésie, sur
demande du médecin.

Date: ____/____/2024 **Signature :** _____

(*) *Barre les mentions inutiles*

**Dans le cas où je suis accompagnateur(accompagnatrice), je m'engage
formellement à respecter le code de la route et la réglementation en vigueur.**

Date: ____/____/2024 **Signature :** _____