



# Bulletin d'inscription 2023-2024

Mini-poussins  
2015

Poussins  
2014-2013

Benjamins  
2012-2011

Minimes  
2010-2009

Cadets  
2008-2007

Juniors  
2006-2005

Espoirs  
2004-2003-  
2002

Séniors  
2001 et plus



Nom de l'athlète : .....

Prénom de l'athlète : .....

Date de naissance de l'athlète : .....

N° licence 2022-2023 : .....

Adresse personnelle : .....

N°Tél. : ..... Courriel : .....

→ LICENCE A IMPRIMER dès RECEPTION (dans votre boîte mail)

Nom de la personne qui établit le chèque de paiement : .....

Date du certificat médical obligatoire pour les majeurs : .....

Nom du médecin : .....

Pour les Mineurs Remplir obligatoirement le questionnaire de Santé (remplace le certificat médical)

J'autorise mon fils / ma fille : .....

à participer aux activités de l'Ecole d'Athlétisme de Capbreton.

Date :

Signature :

---

## Autorisation « Droit à l'image »

Je soussigné(e) ..... en qualité de .....

Autorise  N'autorise pas

les responsables de l'Ecole d'Athlétisme de Capbreton à photographier ou filmer l'enfant : ..... et utiliser les images sur le site de l'école ou d'autres supports destinés à des actions de formation.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature de l'intéressé :

Signature du responsable :

# ECOLE ATHLETISME CAPBRETON

Fiche d'Autorisation de soin pour enfant mineur

Nom de l'enfant : .....Prénom : .....

Catégorie : .....

Sexe : Féminin -- Masculin \*

Date de Naissance : .....

Lieu : .....

Date des Vaccins :

Dtpolio : .....	BCG : .....	Contrôle BCG : .....
--------------------	----------------	-------------------------

Nom du Responsable Légal : .....

Adresse : .....

N° Téléphone : Domicile : ..... Portable : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence : ..... N ° de Téléphone : .....

Nom et adresse de l'organisme de Sociale Sécurité couvrant l'enfant : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Nom et Adresse de la Mutuelle : .....

Nom du Médecin traitant : ..... N° de Téléphone: .....

L'enfant a-t-il des Allergies ? : OUI -- Non (\*) Si oui : .....

Je soussigné(e), Madame, Monsieur : .....Père, Mère tuteur légal\* autorise le responsable du Club à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements urgents (médicaux, et/ou chirurgicaux) , en cas d'impossibilité de joindre la famille dans les délais nécessaires.

Je m'engage à payer les éventuels soins médicaux et/ou pharmaceutiques.

J'autorise également le chirurgien à opérer et l'anesthésiste à procéder à une anesthésie si nécessaire

Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille

Fait à Capbreton le : .....

Signature OBLIGATOIRE du responsable légal

(\*) Rayer les mentions inutile

Veillez noter au dos de cette feuille, les divers renseignements utiles (contre-indications- prothèses)