

Fiche inscription CMPAD

saïson: **2017 / 2018** N° adhérent :

• Identification adhérent

N° licence :

Nom : Prénom : sexe : M / F
 Date de naissance : JJ/MM/AAAA Lieu de naissance :
 Adresse : CP : Ville :

Mobile et e-mail pour recevoir les informations et alertes du club:

Tel : Email :

Personne(s) responsable(s) de l'adhérent (si le patineur est un mineur)

Père Nom : Prénom : mob : tel.pro
 Mère Nom : Prénom : mob : tel.pro
 Tel fixe : Email :
 Adresse : CP : Ville :
 Profession Père : Profession Mère :

• Contrôle des informations et pièces à fournir

- Demande de licence Signature règlement de la location des patins (**)
 Autorisation contrôle antidopage Signature du règlement intérieur du CMPAD (**)
 Fiche médicale Certificat médical
 Photocopie du livret de famille (pages adhérent & parents) - nouveaux adhérents uniquement

• Adhésion et inscription aux cours

(**) L'adhérent se verra remis un exemplaire - non signé - de chacun des règlements

Heures des cours:

- lundi 06h00 17h15* 21h15
 mardi 06h00 10h30 17h00
 mercredi 06h00 07h30 08h00 12h30* 13h30
 jeudi 06h00 17h00 18h00
 vendredi 06h00 17h15* Attention 8 ans et plus en loisir
 samedi 06h00 07h00 8h30 10h15 11h15*
 PPG ou sol 50€ pour l'année par cours (1, 2 ou 3)

Validation de l'inscription le:

Marquer date d'inscription

(*) Choisir 2 cours parmi les horaires indiqués avec *.
 Uniquement pour les enfants < 11 ans au 1/9/2015.

Adhésion et location:

Adhésion CMPAD + € -
 !déduire licence si déjà prise (40 €) !
 Location patins: prix + € -
 caution

Discipline licence :

Taille : N°paire :
 caution par chèque N°

Coût des cours:

Tarif de base pour 1 heure: + € -
 réduction "222" (*) - € -
 supp. lundi soir (1h45) + € -
 supp. samedi loisir + € -
 supp. samedi "222" + € -
 supp. Compétition (1h30) + € -

	1er cours	2ème cours	3ème cours	4ème cours
	245	205	150	150
	-	-100	-	-
	45	45	45	45
	60	60	60	60
	30	30	30	30
	80	50	20	-30

PPG ou travail au sol + € -

TOTAL ADHESION/LOCATION/COURS

= € -
 Pass 92 - € -
 Chèques Vacances - € -
 Autres (bons CAF...) - € -
 Chèques - € -
 Espèces - € -
 Restant du = € -

Vous pouvez payer en plusieurs fois:

par chèque N° immédiat
 par chèque N° 15/10/2017
 par chèque N° 15/12/2017
 par chèque N° 15/02/2018
 par chèque N°
 par chèque N°

• Remboursement

- Le remboursement des cours (temporaire ou définitif) ne pourra avoir lieu que sur présentation d'un certificat médical ou en cas de force majeure avérée.
- Le montant de l'adhésion CMPAD n'est pas remboursable pour cause des frais payés et engagés dès l'inscription / ouverture du dossier.

Fiche médicale CMPAD et droit à l'image

saison: **2017 / 2018**

N° adhérent :

• Identification adhérent

Nom: Prénom: sexe: M / F
 Date de naissance: JJ/MM/AAAA Lieu de naissance:
 Adresse: CP: Ville:
 Tel: Email:

• Couverture médicale & assurance

N° sécurité sociale:
 Le licencié, a-t-il une assurance de responsabilité civile? Oui Non Si oui: - auprès de quel organisme:
 - n° de police:

• Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom mère: Prénom mère: Mob mère:
 Tel. Maison: Tel bureau mère:
 Nom père: Prénom père: Mob père:
 Tel. Maison: Tel bureau père:
 Nom autre 1: Prénom autre 1: Mob autre 1:
 Lien avec licencié: Tel. Maison autre 1: Tel bureau autre 1:
 Nom autre 2: Prénom autre 2: Mob autre 2:
 Lien avec licencié: Tel. Maison autre 2: Tel bureau autre 2:

• Médecin de famille:

Nom: Prénom: Téléphone:
 Adresse: CP: Ville:

• Vaccination & allergies

Vaccination antitétanique à jour: Oui Non Date du dernier rappel:
 Le licencié, souffre-t-il d'allergies: Oui Non
 Si oui, lesquelles?
 Consignes particulières:

• Prise en charge en cas d'accident:

En cas d'accident, nous autorisez-vous à transporter le licencié en ambulance:

- à votre domicile : Oui Non
- à Hôpital Béclère : Oui Non
- à la Clinique de Meudon La Forêt : Oui Non
- à une clinique ou à un hôpital de votre choix : Oui Non

Nom: Adresse:

Je soussigné, autorise n'autorise pas le bureau du CMPAD ou son représentant à donner en mon nom, lieu et place toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical dans le cas où le licencié serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

Date:

Signature de la personne responsable précédée de la mention "Bon pour pouvoir"

• Attestation "autorisation publication photographique"

Je soussigné, représentant légal de l'enfant mineur adhérent (ci-dessus) ou pour moi-même, autorise ou n'autorise pas

la publication de photographie (réalisée dans le cadre des activités du club) sur laquelle (lesquelles) apparaît (apparaissent) un enfant mineur dont je suis responsable ou moi-même sur le site internet du club (CMPAD). Sans objection spécifique de ma part

Signature: