



STADE CLERMONTOIS *Vitality*  
**DEMANDE D'ADMISSION SAISON**

NOM	<input type="text"/>	PRÉNOM	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Lieu	<input type="text"/>
Nationalité	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Profession/Université/Etablissement scolaire	<input type="text"/>		
Niveau ou classe	<input type="text"/>		
Téléphone	Domicile Mère <input type="text"/>	Père	<input type="text"/>
	Portable Mère <input type="text"/>	Père	<input type="text"/>

### EN CAS D'URGENCE

- Je donne Autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence  
 Je ne donne pas

Médecin traitant   
Nom et Téléphone Personne à prévenir en cas d'urgence :

### DROIT A L'IMAGE

- J'autorise la publication de mon image  
 Je n'autorise pas

### COORDONNÉES A DES TIERS

- J'autorise la transmission de mon adresse mail aux partenaires privés  
 Je n'autorise pas du Stade Clermontois afin de recevoir leurs offres commerciales

Je, soussigné,

- déclare avoir pris connaissance des Statuts du SC et les accepter ([www.stade-clermontois.com](http://www.stade-clermontois.com))
- déclare avoir pris connaissance que la pratique du sport ne se fait qu'avec un certificat médical d'aptitude
- accepter que les remboursement peuvent être accordés selon le règlement propre à chaque section

A  le  Signature

Joindre : Certificat médical d'aptitude