



Activité (si plusieurs disciplines)

NOM	<input type="text"/>	PRÉNOM	<input type="text"/>
NOM marital	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Nationalité	<input type="text"/>	Lieu	<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 <input type="text"/>	Père	<input type="text"/>
	Portable <input type="text"/>	Mère	<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 À L'IMAGE

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

PROTECTIONS DES DONNÉES

- J'accepte de recevoir **des mails du Stade Clermontois** : la carte d'adhérents du club, les offres spéciales de nos partenaires, des newsletter du club, les invitations à des événements sportifs internes ou externes
 Je n'accepte pas

AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEURS POUR LES MINEURS

Je soussigné (NOM et Prénom)
 agissant en qualité de (parent/tuteur)
 Demeurant

 Autorise mon fils ma fille

 à pratiquer le sport suivant :

Je, soussigné,
 – déclare avoir pris connaissance des Statuts du SC et les accepter (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 remboursements peuvent être accordés selon le règlement propre à chaque section

A le Signature

Joindre : 1 photo *et* Certificat médical d'aptitude

Règlement : Espèces Chèque Autre