

<h1>Famille</h1>	<h2>FICHE d'INSCRIPTION</h2>	Partie réservée au club CN n° Certificat médical/Questionnaire Chèque de caution 30€ par personne
------------------	------------------------------	---

Document impliquant les membres d'une famille **résidant à la même adresse**

Membre 1 : NOM: Prénom :

Date de naissance : Niveau de ski : Première fois – Débutant – Pratiquant – Expert

Adresse :

Ville: Tél fixe:

E-mail..... Tél portable :

Membre 2 : NOM: Prénom :

Date de naissance : Tél portable :

Lien avec le membre 1 : Niveau de ski : Première fois – Débutant – Pratiquant – Expert

Membre 3 : NOM: Prénom :

Date de naissance : Tél portable :

Lien avec le membre 1 : Niveau de ski : Première fois – Débutant – Pratiquant – Expert

Membre 4 : NOM: Prénom :

Date de naissance : Tél portable :

Lien avec le membre 1 : Niveau de ski : Première fois – Débutant – Pratiquant – Expert

Personne à prévenir en cas d'urgence: Nom/Prénom : Qualité :
N° de tél :

LICENCE-CARTE NEIGE

• Je déclare avoir pris connaissance des garanties pour la saison en cours et souscrire aux garanties de **l'assurance médium**

J'accepte de recevoir par voie électronique les offres promotionnelles et commerciales des partenaires de la FFS

Je refuse (Cocher votre choix et rayer la mention inutile.)

REGLEMENT INTERIEUR

• Nous reconnaissons avoir pris ce jour connaissance du règlement intérieur de l'Azur Ski club et nous engageons à le respecter.

DROIT à L'IMAGE

J'autorise le club à prendre les membres de la famille en photo lors des activités du club et à les diffuser à des fins d'information.

Je n'autorise pas (Cocher votre choix et rayer la mention inutile.)

AUTORISATION PARENTALE / DECHARGE DE RESPONSABILITE

• Je déclare avoir informé mon enfant des consignes de sécurité de base.

• Je l'autorise à pratiquer toutes les activités proposées au sein du club.

• J'autorise son transport dans tous les véhicules agréés du club.

• J'autorise les responsables du club à prendre, le cas échéant toutes les mesures nécessitées par l'état de santé de mon enfant (hospitalisation et/ou intervention chirurgicale).

INFORMATIONS à PORTER à NOTRE CONNAISSANCE

Fait à, le

la famille Signatures Membre 2 - Membre 3 - Membre 4

Signature de l' «adulte-membre 1» responsable de précédée de la mention « lu et approuvé »