



NOM :

N° LICENCE :

PRENOM :

CATEGORIE :

DATE DE NAISSANCE :

CRENEAU :

DOSSIER D'INSCRIPTION

À LIRE IMPERATIVEMENT AVANT DE REMPLIR LE DOSSIER

- **ECRIRE TRES LISIBLEMENT**
- **INDIQUER OBLIGATOIREMENT TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDES**
CES RENSEIGNEMENTS SONT INDISPENSABLES POUR L'ADHESION AU CLUB ET A LA FEDERATION FRANÇAISE DE LA MONTAGNE ET DE L'ESCALADE. ILS SONT AUSSI NECESSAIRES POUR VOUS CONTACTER EN TOUTE OCCASION ET NOTAMMENT EN CAS D'URGENCE. N'HESITEZ PAS A NOUS COMMUNIQUER PLUSIEURS NUMEROS DE TELEPHONE (FIXE, PORTABLE, TRAVAIL...).
- **SOULIGNER NETTEMENT DE COULEUR ROUGE LES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ GARDER CONFIDENTIELS.**
LES AUTRES RENSEIGNEMENTS POURRONT EVENTUELLEMENT ETRE COMMUNIQES AUX AUTRES MEMBRES DU CLUB.
- **ACCUSE D'INFORMATION :**
EN PRENANT UNE LICENCE DANS UN CLUB FFME VOUS SOUSCRIVEZ AUTOMATIQUEMENT A UNE ASSURANCE (PRIX INCLUS DANS LE PRIX DE LA LICENCE). TOUTEFOIS, SI VOUS SOUHAITEZ ETENDRE VOS GARANTIES, VOUS POUVEZ LE FAIRE AUPRES DE LA SOCIETE AGF. LE RESUME DES GARANTIES D'ASSURANCES EST UN DOCUMENT PRESENTANT LES DIFFERENTES OPTIONS. L'ACCUSE D'INFORMATION QUE VOUS DEVEZ REMPLIR ATTESTE QUE LE PRESIDENT DU CLUB A REMPLI SON OBLIGATION DE VOUS COMMUNIQUER CES INFORMATIONS.
- **FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN L'ATTESTATION DE LA 3^{EME} PAGE CONFIRMANT QUE VOUS POUVEZ PRATIQUER L'ESCALADE EN LOISIR ET EN COMPETITION**
- **POUR LES ADHERENTS MINEURS SEULEMENT : REMPLIR ET SIGNER LES DEUX AUTORISATIONS PARENTALES**

À joindre dans le dossier :

- LE CHEQUE D'ADHESION AVEC AU DOS LE NOM ET LE PRENOM DE L'ENFANT.

SENIORS
100 €

AUTRES CATEGORIES
100 €



ESCAL'
SALLE DU PRESSOIRAS / RUE DES NATIONS UNIES
53200 CHATEAU-GONTIER
TEL. : 06 27 51 64 47
EMAIL : ESCAL@CLUB.FFME.FR
SITE : HTTP://WWW.ESCAL.ORG



RENSEIGNEMENTS

Adhérent

NOM : _____ **PRENOM :** _____
DATE DE NAISSANCE : _____ **SEXE :** F M
ADRESSE COMPLETE : _____
TELEPHONE(S) : _____
E-MAIL (FORTEMENT RECOMMANDE AFIN DE TRANSMETTRE LES INFORMATIONS SUR LE CLUB) : _____

Responsable légal (POUR LES MINEURS)

NOM : _____ **PRENOM :** _____
ADRESSE COMPLETE : _____
TELEPHONE(S) : _____
E-MAIL : _____

ACCUSE D'INFORMATION D'ADHESION AU CONTRAT D'ASSURANCE FFME

JE SOUSSIGNE(E),

NOM / PRENOM (RESPONSABLE LEGAL POUR LES MINEURS) : _____

N° DE LICENCE (A COMPLETER PAR LE CLUB) : _____

CLUB : ESCAL' (ESCALADE SECTEUR CHATEAU-GONTIER ACTIVITES LOISIRS)

DECLARE :

- AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU CONTENU DU RESUME DES GARANTIES D'ASSURANCES AGF, AVOIR ETE INFORME DE L'INTERET QUE PRESENTE LA SOUSCRIPTION DES DIFFERENTES GARANTIES COMPLEMENTAIRES POUR LES PERSONNES PRATIQUANT DES ACTIVITES STATUTAIRES RELEVANT DE LA FFME.
- AVOIR CHOISI EN COMPLEMENT :
 - L'OPTION SKI DE PISTE 4 €
 - OPTION A 30 € OPTION B 35 €
 - AUTRE (VOIR CABINET GOMIS)
- N'AVOIR SOUSCRIT AUCUNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

FAIT A _____ LE _____

SIGNATURE DU LICENCIE
(POUR LES MINEURS, SON REPRESENTANT LEGAL)



ESCAL'
SALLE DU PRESSOIRAS / RUE DES NATIONS UNIES
53200 CHATEAU-GONTIER
TEL. : 06 27 51 64 47
EMAIL : ESCAL@CLUB.FFME.FR
SITE : HTTP://WWW.ESCAL.ORG



ATTESTATION A FAIRE COMPLETER PAR VOTRE MEDECIN.

JE SOUSSIGNE(E) DOCTEUR

DECLARE

NE(E) LE _____

APTE A LA PRATIQUE DE L'ESCALADE EN LOISIR ET NE DECELE AUCUNE CONTRE-INDICATION A LA COMPETITION.

DATE ET CACHET DU MEDECIN



ESCAL'
SALLE DU PRESSOIRAS / RUE DES NATIONS UNIES
53200 CHATEAU-GONTIER
TEL. : 06 27 51 64 47
EMAIL : ESCAL@CLUB.FFME.FR
SITE : HTTP://WWW.ESCAL.ORG



AUTORISATION PARENTALE

(POUR LA PRATIQUE DE L'ESCALADE)

JE SOUSSIGNE(E) AUTORISE MON ENFANT

A PRATIQUER L'ESCALADE AU SEIN DU CLUB ESCAL' DE CHATEAU-GONTIER POUR LA SAISON 2011-2012 ET
AUTORISE ESCAL' A ORGANISER LE TRANSPORT LORS DES SORTIES EXTERIEURES.

JE M'ENGAGE A M'ASSURER QUE LE MONITEUR EST PRESENT DANS LA SALLE AVANT D'Y LAISSER MON
ENFANT.

DATE :

SIGNATURE :

FEDERATION FRANÇAISE DE LA MONTAGNE ET DE L'ESCALADE

AUTORISATION PARENTALE POUR TOUT PRELEVEMENT NECESSITANT UNE
TECHNIQUE INVASIVE LORS D'UN CONTROLE ANTIDOPAGE SUR LES MINEURS

EN APPLICATION DE L'ARTICLE 7 DU DECRET N°2001-35 DU 11 JANVIER 2001 RELATIF AUX EXAMENS ET
PRELEVEMENTS AUTORISES POUR LA LUTTE CONTRE LE DOPAGE

JE SOUSSIGNE(E) (NOM, PRENOM) :

AGISSANT EN QUALITE DE REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT MINEUR (NOM, PRENOM DE L'ENFANT) :

.....

AUTORISE TOUT MEDECIN AGREE PAR LE MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, DUMENT MANDATE A
CET EFFET A PROCEDER A TOUT PRELEVEMENT NECESSITANT UNE TECHNIQUE INVASIVE LORS D'UN CONTROLE
ANTIDOPAGE SUR L'ENFANT MINEUR (NOM PRENOM DE L'ENFANT) :

FAIT A LE

SIGNATURE

**N.B : L'ABSENCE D'AUTORISATION PARENTALE EST REGARDEE COMME UN REFUS DE SE SOUMETTRE AUX
MESURES DE CONTROLE ET EST SUSCEPTIBLE D'ENTRAINER DES SANCTIONS DISCIPLINAIRES.**



ESCAL'
SALLE DU PRESSOIRAS / RUE DES NATIONS UNIES
53200 CHATEAU-GONTIER
TEL. : 06 27 51 64 47
EMAIL : ESCAL@CLUB.FFME.FR
SITE : HTTP://WWW.ESCAL.ORG

