

COURS COLLECTIF DE TROTTINETTE

DOSSIER D'INSCRIPTION



IDENTITÉ & COORDONNÉES DU DEMANDEUR PRINCIPAL (PARENTS SI MINEUR)

Nom :

Prénom :

Téléphone :

E-mail :

FORMULE SOUHAITÉE

Cours 1 heure **2 personnes**
[50 € /heure]

Forfait 5 séances d'une heure pour **2 personnes**
[180 € - soit 90 € par stagiaire]

Cours 1 H30 **3 personnes**
[60 € /heure]

Forfait 5 séances d'une heure pour **3 personnes**
[180 € - soit 60 € par stagiaire]

Disponibilités et/ou préférences

Jours	horaires
Lundi
Mardi	à partir de 19h15
Mercredi	à partir de 19h15
Jeudi	à partir de 19h15
Vendredi	à partir de 19h15
Samedi	matin.....
Dimanche

Ces informations sont données à titre indicatif et nous permettrons de vous proposer des rendez-vous.
Nous vous recontacterons dans tous les cas.

Fait à :

Le :

Signature du/de la stagiaire(e) ou du représentant légal :

REEMPLIR UN FEUILLET PAR STAGIAIRE

IDENTITÉ & COORDONNÉES DU/DE LA STAGIAIRE (1)

Nom :

Prénom :

Licencié à Clermont Skate School ?

Si oui, indiquez uniquement le numéro de licence

Si non, renseignez les informations ci-dessous :

Date de naissance : / / Age : Sexe/genre : féminin masculin

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone (licencié) : Parent :

Mail :

Attention !! Veuillez noter votre email lisiblement

VOLET MÉDICAL

Nom, Prénom :

1/ Allergie connue : OUI NON (entourer votre réponse)

Si oui la/lesquelles :

2/ Allergie médicaments : OUI NON (entourer votre réponse)

Si oui le/lesquels :

3/ Traitement en cours : OUI NON (entourer votre réponse)

Si oui le/lesquels : fréquence : tous les :

4/ Interventions chirurgicales antérieures : OUI NON (entourer votre réponse)

Si oui la/lesquelles :

Médecin traitant : Ville :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

CONTACT 1

Nom :

Prénom :

Lien avec le/la licencié(e) :

Tél. :

CONTACT 2

Nom :

Prénom :

Lien avec le/la licencié(e) :

Tél. :

J'autorise tout encadrant de Clermont Skate School à prendre toutes les mesures médicales d'urgence nécessaires en cas de blessure y compris l'anesthésie générale si nécessaire en l'absence de réponse de la(les) personne(s) à prévenir en cas d'urgence inscrite(s) ci-dessus :

OUI NON (entourer votre réponse)

Fait à :

Le :

Signature du/de la licencié(e) ou du représentant légal :

REEMPLIR UN FEUILLET PAR STAGIAIRE

IDENTITÉ & COORDONNÉES DU/DE LA STAGIAIRE [2]

Nom :

Prénom :

Licencié à Clermont Skate School ?

Si oui, indiquez uniquement le numéro de licence

Si non, renseignez les informations ci-dessous :

Date de naissance : / / Age : Sexe/genre : féminin masculin

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone (licencié) : Parent :

Mail :

Attention !! Veuillez noter votre email lisiblement

VOLET MÉDICAL

Nom, Prénom :

1/ Allergie connue : OUI NON (entourer votre réponse)

Si oui la/lesquelles :

2/ Allergie médicaments : OUI NON (entourer votre réponse)

Si oui le/lesquels :

3/ Traitement en cours : OUI NON (entourer votre réponse)

Si oui le/lesquels : fréquence : tous les :

4/ Interventions chirurgicales antérieures : OUI NON (entourer votre réponse)

Si oui la/lesquelles :

Médecin traitant : Ville :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

CONTACT 1

Nom :

Prénom :

Lien avec le/la licencié(e) :

Tél. :

CONTACT 2

Nom :

Prénom :

Lien avec le/la licencié(e) :

Tél. :

J'autorise tout encadrant de Clermont Skate School à prendre toutes les mesures médicales d'urgence nécessaires en cas de blessure y compris l'anesthésie générale si nécessaire en l'absence de réponse de la(les) personne(s) à prévenir en cas d'urgence inscrite(s) ci-dessus :

OUI NON (entourer votre réponse)

Fait à :

Le :

Signature du/de la licencié(e) ou du représentant légal :

REEMPLIR UN FEUILLET PAR STAGIAIRE

IDENTITÉ & COORDONNÉES DU/DE LA STAGIAIRE (3)

Nom :

Prénom :

Licencié à Clermont Skate School ?

Si oui, indiquez uniquement le numéro de licence

Si non, renseignez les informations ci-dessous :

Date de naissance : / / Age : Sexe/genre : féminin masculin

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone (licencié) : Parent :

Mail :

Attention !! Veuillez noter votre email lisiblement

VOLET MÉDICAL

Nom, Prénom :

1/ Allergie connue : OUI NON (entourer votre réponse)
Si oui la/lesquelles :

2/ Allergie médicaments : OUI NON (entourer votre réponse)
Si oui le/lesquels :

3/ Traitement en cours : OUI NON (entourer votre réponse)
Si oui le/lesquels : fréquence : tous les :

4/ Interventions chirurgicales antérieures : OUI NON (entourer votre réponse)
Si oui la/lesquelles :

Médecin traitant : Ville :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

CONTACT 1

Nom :

Prénom :

Lien avec le/la licencié(e) :

Tél. :

CONTACT 2

Nom :

Prénom :

Lien avec le/la licencié(e) :

Tél. :

J'autorise tout encadrant de Clermont Skate School à prendre toutes les mesures médicales d'urgence nécessaires en cas de blessure y compris l'anesthésie générale si nécessaire en l'absence de réponse de la(les) personne(s) à prévenir en cas d'urgence inscrite(s) ci-dessus :

OUI NON (entourer votre réponse)

Fait à :

Le :

Signature du/de la licencié(e) ou du représentant légal :

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné.e....., demandeur principal, autorise les enfants à suivre les cours de trottinette organisés par l'association Clermont Skate School.

Les parents ou tuteurs légaux des enfants inscrits aux cours reconnaissent avoir pris connaissance des informations ci-jointes.

Déclarations

(A lire et à cocher obligatoirement pour valider l'inscription)

- J'accepte le fonctionnement des cours et la possibilité que le cours soit annulé par l'éducateur au moins 30 minutes à l'avance pour causes de mauvais temps.
- Je suis conscient des dangers que peuvent impliquer la pratique de la trottinette et accepte pour moi ou pour mon enfant de prendre part à ces activités.
- Je décharge l'organisateur, l'association Clermont Skate School ainsi que les intervenants, de toute responsabilité et m'engage à n'engager aucun recours à leur rencontre, pour toute blessure quel qu'en soit la nature.
- J'autorise l'association à prendre toutes les dispositions nécessaires à préserver la bonne santé du mineur lors des entraînements, compétitions, stages et trajets.
- Je m'engage à respecter le règlement intérieur du Club et le Club se réserve le droit, en cas de non-respect de ce dernier à exclure l'adhérent sans possibilité de remboursement.

Fin des cours – départ de l'enceinte sportive

La ou les personnes autorisée(s) à récupérer les enfants à la sortie des entraînements ou après un déplacement sont : (Nom Prénom Tél)

Parent 1 :

Parent 2 :

Tuteur- autre:

J'autorise les enfants à quitter seul-e-s l'enceinte sportive à la fin des séances.

OUI

NON (entourer votre réponse)

Fait à : Date :

Signature

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU CLUB

L'adhésion à l'association Clermont Skate School vaut acceptation de son règlement intérieur disponible sur le site www.clermont-skate-school.com

Je soussigné(e),..... certifie l'exactitude de tous les renseignements fournis dans ce dossier d'inscription et atteste avoir pris connaissance du règlement interne et l'accepter.

Fait à :..... Date :

Signature

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ

Les éléments du dossier :

SI LE STAGIAIRE EST LICENCIÉ À CLERMONT SKATE SCHOOL

- La fiche d'inscription (page 1)
- Le règlement du montant de la formule

POUR TOUTES LES LES AUTRES DEMANDES

- La fiche d'inscription (page 1)
- La fiche d'identité et volet médical remplie et signée (page 2)
- La fiche d'autorisation parentale (page 3) (POUR LES MINEURS)
- La fiche assurance et règlement intérieur remplie et signée
- L'attestation questionnaire QS Sport
- Le règlement du montant de la formule

RÈGLEMENT

Règlement par chèque, espèces à l'ordre de "Clermont Skate School"
(inscrire nom et prénom du/de la licencié(e) au dos du chèque)

Paieement Chèques Vacances et Chèques Up Sport&Loisirs acceptés.

Si vous souhaitez un reçu de paiement merci d'envoyer votre demande par mail à :
tresoriere@clermont-skate-school.com

INSCRIPTIONS - INFORMATIONS

Sébastien Martin	06 87 31 15 67	president@clermont-skate-school.com
-------------------------	----------------	-------------------------------------

COORDONNÉES

Contacts administratifs

Sébastien Martin (Président) :	06 87 31 15 67	president@clermont-skate-school.com
Jean-Baptiste Mignard (Secrétaire) :	06 25 33 70 99	secretaire@clermont-skate-school.com
Catherine Nguyen (Trésorière) :	06 60 81 04 79	tresoriere@clermont-skate-school.com

Intervenant sportif

Marceau LADHOUÉ : 07 85 76 41 85

Où nous trouver

Clermont Skate School : 1 rue Albert Thomas 63000 Clermont Ferrand