



CONTACT

USC Natation . Allée des Clairs Bassins . 58400 LA CHARITÉ SUR LOIRE
uscn.communication@gmail.com / www.charitenatation-com.jimdo.com

SAISON

20__
20__

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

IDENTITÉ

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____ EMAIL : _____

TEL (responsable légal 1 si mineur) : _____ TEL (responsable légal 2 si mineur) : _____

À contacter en cas d'urgence : _____

ACTIVITÉ CHOISIE (1 fiche / activité)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> ÉCOLE DE NAGE | <input type="radio"/> NAGEZ FORME SANTÉ | <input type="radio"/> JEUNES / JUNIORS |
| <input type="radio"/> SAUV'NAGE / PASSPORT | <input type="radio"/> AQUAGYM | <input type="radio"/> MASTER |
| <input type="radio"/> APPRENTISSAGE ADULTE / AQUAPHOBIE | <input type="radio"/> POUSSINS | <input type="radio"/> PERFECTIONNEMENT ADOS |

AUTORISATIONS

J'autorise l'USC Natation à utiliser mon image (ou celle de mon enfant, pour les mineurs) (photo, vidéo) dans le cadre de ses actions de communication (sur tout support)

OUI NON

Pour les nageurs mineurs :

J'autorise mon enfant à participer aux déplacements organisés par l'USCNatation (compétitions, stages, sorties, animations etc) et à être pris en charge pour les transports par le club ou accompagnant :

OUI NON

ESPACE RÉSERVÉ AU CLUB

DATE : ___ / ___ / _____ REGLEMENT : _____ €

CHÈQUE Nombre de chèques : _____ ESPÈCES COUPONS SPORT

Numéros de chèque : _____

Numéros de chèque : _____

Numéros de chèque : _____

ENGAGEMENT

Je m'engage sur l'honneur à respecter les statuts, le règlement intérieur ainsi que les règles établies par les fédérations auxquelles l'USCNatation est affiliée. Je prends note que les statuts et le règlement intérieur sont affichés à la piscine des Clairs Bassins et disponibles sur le site internet du club.

DATE et SIGNATURE :



SAISON
20__
20__

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

IDENTITÉ DE L'ADHÉRENT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____

N° de Sécurité Sociale : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

PARENT 1 : M ou/et Mme _____

ADRESSE : _____

TEL : _____

PARENT 2 : M ou/et Mme _____

ADRESSE : _____

TEL : _____

SANTÉ

ALLERGIES ou CONTRE-INDICATION : _____

TRAITEMENT EN COURS (joindre l'ordonnance) : _____

VACCINS :

Date du rappel du dernier DTPolio : _____ BCG : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS (antécédents médicaux / chirurgicaux) :

AUTORISATION DE SOIN MÉDICAUX :

Nous déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le(s) responsable(s) à prendre les dispositions nécessaires pour toute intervention médicale ou chirurgicale que son état pourrait en urgence exiger.

Fait à _____ le _____

Signature des responsables légaux :