
INSCRIPTION STAGE LE TRIATHLON POUR ELLE DU 12 au 13 MARS 2016

Objectifs du stage :

- Le triathlon au féminin
- Mélange des publics féminins
- Démystification de la compétition

NOM : PRENOM :

Née le : CLUB :

Adresse personnelle :

Téléphone fixe :...../...../...../...../..... Portable :...../...../...../...../.....

E-mail :

Catégorie en 2015 : Cadette Junior Sénior Master

Nombre d'années de pratique en triathlon :

Je souhaite m'inscrire au regroupement Ligue, des samedi 12 et dimanche 13 mars 2016, au C.R.J.S. d'Aubigny sur Nère. Pour que mon inscription soit validée, celle-ci doit être correctement remplie, accompagnée de son règlement, et retournée dans les délais.

ATTENTION : Le nombre de places étant limité par la structure d'accueil, seront retenus les dossiers par ordre d'arrivée.

Je joins un chèque de 60€ (à l'ordre de la Ligue du Centre de Triathlon) à cette fiche d'inscription (ainsi que l'autorisation parentale et la fiche sanitaire pour les mineures).

J'envoie le tout avant **le 1er mars 2016** :

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné(e) Mr Mme* agissant en qualité de responsable légal, autorise ma fille* née le..... à suivre le stage de triathlon organisé par la Ligue du Centre de Triathlon et qui se déroulera à AUBIGNY-SUR-NERE (18) les 28 et 29 mars 2015.

*rayer la mention inutile

J'autorise par la présente en cas d'accident :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- Le responsable du stage à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
- Le responsable du stage à reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue du représentant légal du mineur.

Oui Non

Le.....à.....

Signature

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....