

Documents à joindre au dossier d'inscription et à rapporter impérativement lors de l'assemblée générale (aucun dossier ne sera enregistré en dehors de cette date).

- Paiement de la licence : 75 euros (possibilité de faire 3 chèques)
- Une enveloppe timbrée vierge
- Une photo d'identité
- Chèque de caution de 100 euros (ne sera encaissé qu'en cas : de détérioration ou non restitution du matériel ou des costumes ; de non paiement des achats ou de la licence ; d'arrêt du twirler après le début de la réalisation des costumes)
- Règlement intérieur signé
- Certificat médical autorisant la pratique du twirling bâton daté de moins de 3 mois
- Pour les monitrices joindre l'autorisation parentale d'exercice d'activités bénévoles

FICHE D'INSCRIPTION DU TWIRLEUR

NOM - Prénom :
Date de naissance :
Nom du père :
Nom de la mère :
Adresse du père :
.....
Adresse de la mère (si séparés) :
.....
Tel père : Tel mère :
Mail père :
Mail mère :
Profession du père :
Profession de la mère :
Personne à prévenir en cas d'urgence (si responsable légal pas joignable) :
NOM : Tel :

AUTORISATIONS :

- **Photos et vidéos *** : je soussigné(e) madame/monsieur autorise / n'autorise pas le club à photographier ou filmer mon enfant au cours des entraînements ou manifestations auxquels il participe et à diffuser photo(s) ou vidéo(s) sur les panneaux d'affichage, internet, publicité,...
- **Transport** : Je soussigné(e) madame/monsieur autorise un des parents du Twirling Club Sablais à transporter dans son véhicule mon enfant afin de l'emmener aux stages de perfectionnement, aux passages des degrés et aux manifestations.
- **Décharge médicale** : Je soussigné(e) madame/monsieur autorise le club, à prendre en cas d'urgence, toutes les mesures nécessaires : soins, hospitalisation, pour mon enfant.
- **Antécédents médicaux** : (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation, ...) Merci de préciser les dates et précautions à prendre :
.....
.....
- **Recommandations particulières** (port de lunettes, lentilles, prothèses dentaires, prothèses auditives, ...) :
.....
Indiquer le protocole à suivre si besoin :
.....
- Coordonnées du médecin traitant :
.....
.....
- Fait à : Le :

Signature du responsable légal :

* Si vous ne les autorisez pas, aucune photo ou vidéo de l'équipe ne pourra être diffusée.