



Attaque Simple Riposte Inscription

NOM de naissance

Prénom

NOM d'usage

Date de naissance

../../....

Sexe

Masculin

Féminin

Département de naissance

Latéralité

Droitier

Gaucher

Ville de naissance

Nationalité

Date du certificat médical

../../....

Date du questionnaire de santé négatif

../../....

ADRESSE

TELEPHONE

MAIL

SI MINEUR

Contacts **Mère** : Portable _____ Mail _____

Contacts **Père** : Portable _____ Mail _____

Contacts **Autre** : Portable _____ Mail _____

Rentre seul après le cours : OUI NON

Je soussigné :

Responsable légal de l'enfant :

Autorise le président ou son représentant à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise l'ASR à diffuser dans un contexte non commercial et pour l'usage du club des vidéos et photos prises en support à la pratique.

Je m'engage à respecter les réglementations propres à la pratique de l'escrime définies par la FFE.

Je reconnais avoir pris connaissance des options d'assurance proposées par le club.

Je signe la charte éthique et déontologique de la Fédération française d'escrime (FFE).

Je souhaite recevoir les offres commerciales des partenaires de la FFE. OUI NON.

Je souhaite recevoir la newsletter fédérale. OUI NON.

Date : __/____/____

« Lu et approuvé » Signature :