



# LES ARCHERS VALENTINOIS

## Fiche d'inscription 2017 / 2018

NOM .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

.....

.....

Téléphone .....

E-mail .....

Cotisation (licence incluse) : Jeunes (- 16 ans) 115 €

Juniors & adultes 135 €

---

Il est obligatoire de joindre un **certificat médical** de non contre-indication à la pratique du tir à l'arc (avec mention « **en compétition** » si vous souhaitez pouvoir participer aux concours officiels) si vous vous inscrivez pour la première fois ou si vous avez répondu OUI à au moins une fois au questionnaire de santé envoyé par la FFTA

---

### Autorisation parentale

Je, soussigné(e).....

autorise ma fille / mon fils.....

à pratiquer le tir à l'arc au sein du club « Les Archers Valentinois » pour l'année 2017 / 2018.

Ma fille / mon fils

- est autorisé(e) à quitter la salle d'entraînement à la fin des cours
- doit attendre son accompagnateur

*(rayer la mention inutile)*

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher mon enfant (sur présentation d'une pièce d'identité)

.....

.....

Mon enfant et moi-même nous engageons à lire, signer et respecter le règlement intérieur.

Je note que mon accord sera sollicité pour les déplacements qui pourraient être proposés à mon enfant, afin de participer à des rencontres sportives adaptées à son âge.

Fait à ..... , le .....

Signatures :

le père

la mère

## LES ARCHERS VALENTINOIS

Fiche d'inscription 2017 / 2018

NOM Prénom .....

**\* Règlement intérieur**

Je m'engage à lire et à respecter le règlement intérieur.

**\* Diffusion de photos** *(rayer la mention inutile)*

J'accepte / je n'accepte pas la diffusion de photos me représentant,  
 Nous acceptons / nous n'acceptons pas la diffusion de photos représentant notre enfant,  
 pour illustrer la vie du club, notamment sur notre site internet, notre page Facebook ou lors  
 de manifestations diverses.

**Personnes à prévenir en cas d'accident**Père (Nom, si différent de celui de l'enfant) .....

Tél. domicile ..... Tél. travail .....

Portable .....

Mère (Nom, si différent de celui de l'enfant) .....

Tél. domicile ..... Tél. travail .....

Portable .....

Conjoint(e) / Autre personne

Nom ..... Tél. ....

Médecin de famille

Nom ..... Tél. ....

Observations ou recommandations médicales particulières :

.....  
 .....En cas d'accident nécessitant une intervention médicale urgente,  
 je souhaite être transporté(e) / nous souhaitons que notre enfant soit transporté : au Centre Hospitalier de Valence à la Clinique (à désigner) .....

Fait à Valence, le .....

Signature

**NB :** En cas d'extrême urgence, il sera fait appel au SAMU qui dirigera le blessé sur le Centre Hospitalier.  
 Dans les autres cas, vous serez / votre enfant sera dirigé vers l'établissement de votre choix.  
 Si une ambulance est appelée, les frais de transport seront à votre charge.