

ENTENTE DES MAUGES

Section SPORT ADAPTE

LICENCE – saison 2018-2019

Documents à adresser avant le **30 aout 2018 pour les réinscriptions.**

Pour tout dossier **incomplet** ou arrivant après le 30 aout une pénalité de **10€ sera appliquée.**

à : Entente des Mauges
Section sport adapté
BP 40029
49600 BEAUPREAU cedex 01

- Dossier administratif
- Dossier médical, rempli et signé par le médecin
- Chèque(s)

L'accès aux entrainements sera refusé jusqu'à fourniture de ces 2 documents et du règlement.

Tarifs

+ de 18 ans 85 € 95€ si le dossier complet arrive après le 30 aout

- de 18 ans 75 € 85€ si le dossier complet arrive après le 30 aout

Possibilité de bénéficier du chèque **Pass Culture** pour les jeunes qui en ont un.

Possibilité d'utiliser les coupons sport ANCV, les **bons intermarché**,

Règlement en totalité à l'inscription, où possibilité de nous soumettre plusieurs chèques (3 maxi), répartis en part égales qui seront déposés à la banque les 30/09/18, 15/11/18, 01/01/19

Chèque à l'ordre de **Entente des Mauges section sport adapté**

Reprise des entrainements à partir du **4 septembre 2018**

- | | | |
|---|---------------------------|-----------------------|
| • Le samedi de 14h00 à 15h15 à Beaupréau | sport adapté | jeunes |
| • Le samedi de 15h15 à 16h30 à Beaupréau | athlétisme adapté | adolescents – adultes |
| • Le mardi de 19h00 à 20h15 à Beaupréau | athlétisme adapté ou jeux | adolescents – adultes |
| • Le jeudi de 17h45 à 19h00 à Cholet | activités motrices | adolescents – adultes |

DOSSIER ADMINISTRATIF

Le licencié

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone du sportif : portable du sportif :

N° de secu : mail du sportif :

Etablissement fréquenté, CLIS, UPI, IME, foyer, SAVS, ..., *préciser le groupe si besoin* :

Tuteur ou Responsable légal

Nom : Prénom : qualité :

Organisme :

Adresse :

Téléphone : portable : Mail :

Facture nécessaire. Adresse :

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : Prénom : qualité :

Téléphone : portable :

Autorisation

Je soussigné,représentant légal de

L'autorise à pratiquer l'athlétisme adapté ou les activités motrices au sein de l'Entente des Mauges

Autorise les responsables du club à transporter le licencié en voiture ou bus lors des activités du club

Autorise les responsables du club à prendre toutes décisions médicales en cas de nécessité.

DEMANDE D'AUTORISATION DE DIFFUSION DE L'IMAGE

Je soussigné(e)accepte l'autorisation et la diffusion de l'image de :

nom :prénom :

prise lors de ses manifestations, compétitions et stages, sur ses différents supports de communication (plaquette, site internet, ...).

Fait à : le :

Signature du sportif ou du responsable précéder de la mention « lu et approuvé » :

Certificat refusé
s'il n'est pas
complet,
s'il n'est pas signé,
et tamponné.



DOSSIER MEDICAL

À remplir par le médecin

Sans ce document dûment rempli le sportif ne pourra pas accéder aux entraînements et aux compétitions

Nom :

Prénom :

taille	poids	pouls	tension	Opérations récentes	oui	Non
				Lesquelles :		
Type de déficience :				Régime alimentaire spécifique	oui	non
Informations utiles aux <u>urgentistes</u>				Lesquels :		
Epilepsie		oui	non	Allergies	oui	non
Troubles cardio-vasculaires		oui	non	Lesquelles :		
Troubles rénaux		oui	non	Médication en cours depuis + 3 mois	oui	Non
Troubles respiratoires		oui	non	Nom des médicaments, posologie		
Trouble de la coagulation		oui	non			
diabète		oui	non			
Appareil dentaire		oui	non			
Appareil auditif		oui	non			

Renseignements utiles aux entraîneurs

Risques éventuels, gestes spécifiques, exercices contre-indiqués :

Certificat de non contre indication à la pratique des activités motrices ou de l'athlétisme adapté.

Je soussigné, Docteur

Certifie que Né(e) le :

Ne présente aucune contre-indication à la pratique (cocher les cases nécessaires)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> des activités motrices en loisir | <input type="checkbox"/> du cross en compétition |
| <input type="checkbox"/> de l'athlétisme adapté en loisir | <input type="checkbox"/> de l'athlétisme en compétition |

Date de l'examen :

Cachet et signature du médecin