

# BULLETIN D'INSCRIPTION HANDI

## SAISON 2017 – 2018

Renouvellement

Nouvel adhérent

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Catégorie : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Adresse internet : .....@.....

Arme : .....

Latéralité : :  Droitier  Gaucher

Handicap :

<input type="checkbox"/> <b>Handicaps orthopédiques :</b>	<input type="checkbox"/> <b>Paraplégiques et tétraplégiques :</b>	<input type="checkbox"/> <b>Handicaps neurologiques d'origine périphérique :</b>
<input type="checkbox"/> Amputations MI	<input type="checkbox"/> Avec ou sans modification du tonus musculaire	<input type="checkbox"/> Poliomyélite
<input type="checkbox"/> Agénésies MI	<input type="checkbox"/> Avec ou sans troubles sensitifs	
	<input type="checkbox"/> Spina Bifida paralytiques	<input type="checkbox"/> <b>Valide</b>

### PAIEMENT :

Cotisation : 152 € et licence 73 € soit **225 €**

Chèque

Espèces

Participation CE : montant : ..... €

PASS 92 : montant : ..... €

Signature :

### Documents à joindre :

**Certificat médical obligatoire à l'inscription** mentionnant la pratique de l'escrime en **compétition** le cas échéant de moins d'un an.

2 enveloppes timbrées libellées à vos nom et adresse (Si le nom de l'enfant diffère de celui de l'enveloppe, merci de le préciser au crayon.)

Arme : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

Adresse internet : .....@.....

### Autorisation parentale pour les adhérents mineurs :

Je soussigné(e), Madame/Monsieur ..... père, mère, tuteur légal de l'enfant .....

- Autorise les enseignants diplômés du C.E.R. à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident
- N'autorise pas les enseignants diplômés du C.E.R. à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident

### Droit à l'image :

Dans le cadre de notre association, des photos ou vidéos de vous-même ou de votre enfant peuvent être utilisées pour la promotion de nos activités. Nous sollicitons donc votre autorisation utiliser ces images pour encourager les activités du C.E.R. dans le cadre de ses locaux, le site du club, les journaux, les flyers.

Date :

Signature :

### Assurance :

Je soussigné(e), Madame/Monsieur ..... (Nom et prénom du demandeur ou du représentant légal) déclare avoir :

- Reçu et pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence Fédération Française Handisport et de leur coût,
- Reçu et pris connaissance du bulletin d'adhésion « SPORTMUT » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance « accidents corporels de base » auprès de la Mutuelle des Sportifs

*Garantie de base individuelle Accident :*

- Oui, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » comprise dans ma licence FF HANDISPORT
- NON, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel (cout remboursé en cas de refus : 1,28 €)

*Garantie complémentaires « SPORT HANDISPORT » :*

- Oui, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur, en remplissant le formulaire de souscription correspondant et en le retournant à la Mutuelle des Sportifs en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie.
- NON, je ne désire pas souscrire d'option complémentaire.

Date :

Signature :