



# CLUB OLYMPIQUE BAYONNAIS

## CLUB OMNISPORT BAYONNE RIVE DROITE

Villa PYRENEA, 17 avenue de ROSSI, 64100 BAYONNE



Téléphone : 05 59 55 27 82 de 16H à 19h - Portable André : 06 30 29 92 95

# DEMANDE D'INSCRIPTION SAISON 2015 / 2016

Nouvelle inscription			Renouvellement				N° Licence:				
<b>Sport choisi</b>	Loisir	Compét.	<b>Sport choisi</b>	Compét.	Loisir	<b>Sport choisi</b>	Compét.	Loisir	<b>Sport choisi</b>	Loisir	Compét.
Baby lutte			Gym Aérokick			Yoga			Judo		
Baby Judo			Gym du DOS			Sambo			Lutte		

**Une croix par licence achetée**

NOM: Majuscules			PRÉNOM: Majuscules			SEXE: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
ADRESSE: Majuscules						
VILLE: Majuscules			CODE POSTAL:			NATIONALITÉ: F <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
DATE DE NAISSANCE:			LIEU DE NAISSANCE:			DÉPARTEMENT DE NAISSANCE:
TÉLÉPHONE FIXE:			TÉLÉPHONE PORTABLE:			
Pointure chaussures:			Taille corporelle:			Taille pantalon:
ADRESSE MESSAGERIE (EMAIL) (Pour recevoir des informations du club):						@
COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LE CLUB:						

**Eléments réclamés dans le cas de déclaration d'accident corporel**

Assuré Social	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Numéro SS:			Bénéficiez vous de la CMU	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une mutuelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Nom de la mutuelle:					
N° de contrat de la mutuelle:			Adresse de la mutuelle:					
Je souhaite prendre une assurance complémentaire de salaire/décès/invalidité						Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	pour une cotisation de: €
Profession (facultatif):								

**Je soussigné, .....(Nom, Prénom du demandeur ou du représentant légal)**

- Avoir passé une visite médicale qui n'a révélé aucune contre indication à la pratique sportive, et atteste avoir remis un certificat médical de non contre indication à la pratique compétitive au responsable de mon club.
- Avoir reçu et/ou pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence FF LUTTE et de leur coût, qui m'ont été remises en mains propres au titre de la présente saison ou qui est affichée au club au panneau assurance et sur le site Internet du club: <http://clubolympiquebayonne.free.fr>
- Avoir reçu et pris connaissance du bulletin d'adhésion « SPORTMUT LUTTE » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance « accidents corporels de base » auprès de la Mutuelle des Sportifs.
- Etre informé que les renseignements nominatifs recueillis ci-dessus, obligatoires pour la délivrance de la licence, sont l'objet d'un traitement informatique de la fédération française de lutte, auprès de laquelle pourra s'exercer un droit d'accès et de rectification (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978)
- Donner acte à la fédération qui m'engage à contracter des extensions de garantie, par une démarche personnelle auprès de l'assureur.
- Autoriser l'utilisation de l'image à titre sportif (si refus, rayer cette phrase)
- M'engage pour l'ensemble de la saison concernée (du 1er septembre au 31 août) et certifie ne pas avoir signé de demande de licence de même type pour la Lutte (FFL ou FSGT) pour un autre club pour cette saison.
- Atteste sur l'honneur, de la véracité des renseignements et déclarations figurant à la présente

**PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION**

- 2 photos d'identité pour les compétiteurs ( pour votre licence)
- 1 **CERTIFICAT MÉDICAL** d'aptitude à la pratique sportive choisie pour la saison en cours
- 1 bordereau de demande de licence renseigné,
- 2 enveloppes **timbrées** à votre adresse ou Email
- La demande d'adhésion d'assurance complémentaire fournie, signée, avec acceptation ou refus d'adhésion complémentaire

date:

**ADHERENT MAJEUR OU PERE, MERE, TUTEUR**

Signature: (précédée de la mention "lu et approuvé")

SIGNATURE

**AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS**

Je soussigné père, mère ou tuteur :

NOM: Prénom:

autorise mon fils (ma fille) à pratiquer le sport ci-dessus choisi tant à l'entraînement et qu'en compétition et autorise les dirigeants à prendre toutes les décisions médicales nécessaires à la sauvegarde de mon enfant en cas d'accident,

Signature:

SIGNATURE

**Personne (s) à prévenir en cas d'accident:**

I) Nom : Prénom :

Téléphone: Portable:

II) Nom : Prénom :

Téléphone: Portable:

**PARTIE RESERVEE AU SECRÉTARIAT ADMINISTRATIF**

- Fiche d'inscription COB (2)
- 1 certificat médical (2)
- contrat d'assurance complémentaire signé (2)
- 2 photos (2)
- 2 enveloppes **timbrées (2) ou EMAIL**

Oui
Oui
Oui
Oui

Montant de la cotisation

Règlement Chèque / Espèces (2)

Nom du chèque:

	€
Ch. Es.	

1er versement (3)

2ème versement (3)

3ème versement (3)

4ème versement (3)

Date encaissement	Montant

Remarques:

(1) rayer les mentions si refus, (2) cocher si fourni, (3) saisir montant (4) préciser chèque ou espèces