



CLUB OLYMPIQUE BAYONNAIS

Villa PYRENEA, 17 avenue de ROSSI, 64100 BAYONNE

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

FFL	
FSGT	
N° Licence	

DEMANDE D'INSCRIPTION SAISON 2018 / 2019

Nouvelle inscription			Renouvellement			N° Licence:					
Sport choisi	Compét.	Loisir	Sport choisi	Compét.	Loisir	Sport choisi	Compét.	Loisir	Sport choisi	Loisir	Compét.
Baby lutte			Gym Aérokick			Gym Pilate			Lutte		
Baby Judo			Gym Boxing			Judo			Sambo sportif		
Grappling			Gym Cor.du dos			Kung Fu			Sambo Combat		

Une croix par licence achetée (plusieurs croix = x€ x Nb de croix)

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

Éléments réclamés dans le cas de déclaration d'accident corporel

Assuré Social:	OUI	NON	Numéro SS:	Bénéficiez vous de la CMU :	OUI	NON
Avez-vous une mutuelle:	OUI	NON	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	NON	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 ou d'un questionnaire.
- Avoir pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence et de leur coût, 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 des la fédération sportives, auprès des quelles 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 et promotionnel du COB (si refus, rayer cette phrase)
- Être Titulaire du permis de conduire en cours de validité dans le cas de covoiturage(1)
- 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, FFJDA ou FSGT) pour un autre club pour cette saison.
- Atteste sur l'honneur, de la véracité des renseignements et déclarations figurant à la présente.
- M'engage à respecter le règlement intérieur et les statuts du club.

PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION

- 1 photo d'identité
- 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

ADHERENT MAJEUR OU PERE, MERE, TUTEUR

date: _____ 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 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) Oui
- 1 certificat médical (2) Oui
- contrat d'assurance complémentaire signé (2) Oui
- 1 photo (2) Oui
- 2 enveloppes **timbrées (2) ou EMAIL** Oui

Montant de la cotisation _____ €

Règlement liquide (toute la cotisation) Liquide

Règlement Chèque obligatoire Chèque (s)

Nom du chèque: _____

	Date d'encaissement	Montant
1er versement (3)		
2ème versement (3)		
3ème versement (3)		
4ème versement (3)		

Remarques: _____