

FICHE D'INSCRIPTION VALANT AUTORISATION PARENTALE

Saison 20...-20...

Renseignements concernant le mineur :

N° de licence

Nom

Prénom(s)

Date de naissance

...../...../.....

Code postal du lieu de naissance

Adresse

Téléphone(s)

N° si urgence :

Email(s)



Renseignements concernant le(s) responsable(s) légal(aux) :

Nom/Prénom

Coordonnées
(adresse, tél,
email) si
différentes de
celles du mineur

Je soussigné(e) représentant légal de l'enfant ,
l'autorise à pratiquer l'Aïkido avec l'Association et à participer aux activités organisées par celle-ci ;
je déclare avoir pris connaissance du cadre réglementaire de l'association et adhérer pour mon enfant et moi :

- aux statuts et règlement intérieur de l'association ;
- à l'ensemble des textes régissant le fonctionnement de la Fédération Française d'Aïkido et de Budo (FFAB) et de ses organismes.

Liens de consultation de ces textes : mettre lien du site du club où se trouvent statuts + RI et <http://www.ffab aikido.fr/fr/documents-officiels-et-l-gislation-121.html>

Mon enfant est sous la garde des enseignants de l'association à partir du moment où il monte sur le tatami, et jusqu'à ce qu'il en sorte. Je prends donc mes dispositions pour la prise en charge de l'enfant hors du tatami.

Ou ☐ J'autorise mon enfant à quitter seul le tatami et à sortir des locaux, sous ma propre responsabilité : je dégage donc l'association de toute responsabilité de surveillance en dehors des temps de cours dispensés sur le tatami.

J'autorise les responsables de l'association :

☐ à prendre des photos et/ou des vidéos lors des activités organisées par l'association (cours, stages, sorties...) et à les publier exclusivement sur les outils de communication de l'association et/ou de la Fédération et de ses organes déconcentrés.

☐ en cas d'urgence, à contacter les secours et à me contacter immédiatement pour prendre les dispositions nécessaires.

☐ J'autorise l'association à recueillir les informations du formulaire pour la gestion du fichier des licenciés. Elles sont conservées pendant XX ans et sont destinées à l'usage exclusif de l'association Conformément à la loi, je peux exercer mon droit d'accès à ces données et les faire rectifier ou supprimer en contactant : mail association et/ou adresse courrier association en joignant une copie de la carte d'identité du responsable légal.

☐ J'atteste que chacune des rubriques du questionnaire de santé pour les mineurs donne lieu à une réponse négative
En cas de pathologies ou d'éléments à signaler nécessitant une vigilance particulière, merci de l'indiquer aux enseignants.

Fait à, le
Signature