**VERTICALE ATTITUDE**
Maison de pays
04370 BEAUVEZER
www.verticale-attitude.fr
grimpe@verticale-attitude.fr
06 70 94 01 60 / 04 92 83 49 09

**Cadre réservé au club**
Nvelle insc ☐ Renouvelt ☐
Assurance ☐ Compét ☐
Certif méd ☐ Attest santé ☐
Options :

Règlement ☐

N° licence :

**SAISON 2018-2019**

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHERENT (A renseigner lisiblement en majuscules)**

| | | |
|---|---|---|
| NOM : | PRENOM : | F ☐ M ☐ |
| Date de naissance : | Mail : | |
| Adresse : | | |
| Code postal : | Commune : | |
| Tél fixe : | Tél mobile : | |
| Personne à prévenir en cas d'urgence : | Nom : | Tél : |
| | Nom : | Tél : |

**CERTIFICAT MEDICAL**

➢ **Première adhésion :**
Je reconnais avoir satisfait à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer le(s) sport(s) considéré(s) **(joindre le certificat médical FFME).** La licence fédérale FFME ne pourra être délivrée sans celui-ci.

➢ **Renouvellement de l'adhésion :**
Vous avez transmis un certificat médical au club pour la saison 2016-17 ou 2017-2018. Le questionnaire de santé que le club vous remet (ou à télécharger sur le site du club) est à remplir chez vous . Si toutes les réponses sont négatives, l'attestation ci-dessous est à compléter, si l'une de vos réponses ou plus est positive vous devez fournir un nouveau certificat médical.

**ATTESTATION DE SANTE :**

Je soussigné(e) …..... atteste avoir renseigné le questionnaire de QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Pour les mineurs :**
Je soussigné(e) …..... représentant légal de …..... atteste qu'il(elle) a renseigné les questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa 15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Signature :**

**COTISATION ANNUELLE** **(Assurance de base 8€ et RC obligatoire 3€ comprises)**

☐ Adulte sans cours 80€ ☐ 8 cours adultes 32€ ☐ Enfants sans cours 70€ ☐ Enfants avec cours 90€

☐ Famille (à partir de 3) ☐Club 30€ ♦Option(s) :

**AUTORISATIONS POUR LES ADHERENTS ADULTES**

☐ J'autorise le club à me prendre en photos, en vidéo, dans le cadre des manifestations organisées par celui-ci. J'accepte la diffusion de mon image auprès des partenaires, des médias et des supports internet utilisés par le club.

**AUTORISATIONS PARENTALES POUR LES MINEURS**

Je soussigné(e) ….....
**autorise mon enfant :** ….....
➢ à participer aux différentes activités du club
➢ à pratiquer l'escalade ou toute autre activité statutaire de la FFME encadrées par des personnes responsables du club
➢ à partir seul de la salle à l'issue des cours ☐ oui ☐ non

**autorise le club :**
➢ à prendre toute disposition utile en cas d'urgence ☐médicale ☐chirurgicale
➢ à prendre des photos ou vidéos sur lesquelles pourraient figurer mon enfant dans le cadre de manifestations organisées par le club, et à les diffuser auprès de ses partenaires, des médias et des supports internet utilisés par le club

**m'engage :**
➢ à remplir une fiche de sortie pour toute activité club extérieure

**SIGNATURE**

☐ Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de la salle d'escalade du club

☐ Je certifie avoir pris connaissance des conditions ci-dessus

A ….....le …..... **Signature du licencié ou responsable légal :**