

RIBERAL ATHLETIC CLUB

Association sportive affiliée par la
Fédération Française d'Athlétisme



BULLETIN D'INSCRIPTION **STADE** SAISON 2021-2022

Merci d'écrire de manière lisible et en MAJUSCULE

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance : le /...../..... à

Sexe : F M

Adresse :

Code postal : Commune :

E-mail :

Téléphone :

Cette inscription est :

- Une première inscription
 Un renouvellement -> N° Licence
- Une mutation -> N° Licence

et club de la saison précédente :

Indiquer OBLIGATOIREMENT votre taille de haut :

Entourer votre taille

6 ans 8 ans 10 ans 12 ans XS S M L XL XXL

TARIFS ET PAIEMENT

Licences FFA	1 ^{er} adhérent	2 ^{ème} adhérent	3 ^{ème} adhérent
Enfants nés de 2015 à 2011 inclus	120 €	100 €	80 €
COMPÉTITION (nés avant 2011)	135 €	115 €	95 €

Licence 1^{er} adhérent =€

Licence 2^{ème} adhérent =€

Licence 3^{ème} adhérent =€

TOTAL :

Règlement par (entourer le moyen de paiement) :

Espèces Coupons sport Chèques (possibilité de payer en plusieurs fois)

	N° du chèque	Montant	Date d'encaissement
1			
2			
3			
4			

PIECES À JOINDRE À L'INSCRIPTION POUR SA VALIDATION :

- ✓ Certificat médical de non contre-indication À LA PRATIQUE DE L'ATHLETISME **EN COMPÉTITION** (doit-être spécifié comme tel) de moins de 3 mois ;

OU pour les anciens licenciés, la validation du questionnaire envoyé par mail par la FFA ;

- ✓ Autorisation parentale pour enfants mineur ;
- ✓ Paiement.

CONTACTS ET INFORMATIONS



Stade de la Pinède, Avenue de Baixas, 66240 Saint-Estève



rac66240@gmail.com



06 51 32 75 55



rac-st-estève.fr



Ribéral Athlétic Club - RAC



CONTACTS ET INFORMATIONS

Je soussigné :

autorise mon fils ma fille (rayer la mention inutile) :

À pratiquer l'athlétisme.

- ✓ J'autorise la prise de vues et la publication des images sur lesquelles mon enfant (ou moi-même) apparaît, ceci sur différents supports (écrits, électroniques, audio visuels, etc.) et ceci sans limite de durée ;
- ✓ J'autorise le responsable à faire appel à un médecin ou à transporter mon enfant dans un établissement hospitalier, en cas d'accidents, et donne autorisation de décision si l'accident arrive dans un autre département.

Allergies éventuelles aux médicaments :

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

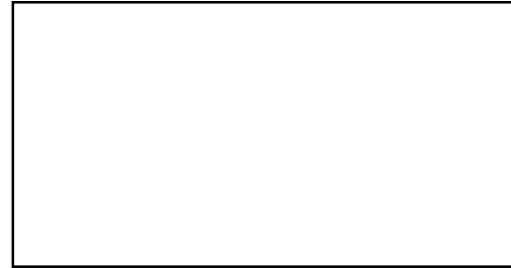
NOM : PRÉNOM :

Téléphone :

Fait à : Le :

Signature :

CERTIFICAT MÉDICAL



Zone réservée au cachet du médecin

Je soussigné Docteur :

Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de :

Né le :

Effectué ce jour ne révèle pas de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition.

Établi à :

Le :

Signature du médecin