



## DOSSIER D'INSCRIPTION – TAP Varcès

NOM \* : \_\_\_\_\_ PRENOM \* : \_\_\_\_\_ SEXE \* :  M  F

DATE DE NAISSANCE \* : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE \* : \_\_\_\_\_ NATIONALITE : \_\_\_\_\_

ADRESSE \* : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \* : \_\_\_\_\_ VILLE \* : \_\_\_\_\_

TEL. DOMICILE \* : \_\_\_\_\_ TEL. PORTABLE \* : \_\_\_\_\_

EMAIL \* : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**OBLIGATOIRE : TOUT DOSSIER SANS ADRESSE MAIL VALIDEE SERA REFUSE**

NUMERO DE SECURITE SOCIALE \* : \_\_\_\_\_

MUTUELLE : \_\_\_\_\_

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

NOM \* : \_\_\_\_\_ PRENOM \* : \_\_\_\_\_ TELEPHONE \* : \_\_\_\_\_

NOM DU MEDECIN \* : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION PARENTALE DE SOINS

Je soussigné(e) Mme, Mr \_\_\_\_\_ Représentant légal de \_\_\_\_\_

Autorise en cas d'urgence, les responsables du club à faire appel à un secours d'urgence ou à faire transporter mon enfant dans le centre hospitalier le plus proche/le plus adapté, autorisation d'entrée et de sortie.

Cette autorisation couvre expressément les interventions médicales qui pourraient s'avérer nécessaire.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom	Prénom	Tel. Domicile	Tel. Portable	Tel. Travail
Père : _____	_____	_____	_____	_____
Mère : _____	_____	_____	_____	_____
Tuteur : _____	_____	_____	_____	_____

### MODES DE REGLEMENT

CATEGORIES	Periode	COTISATIONS	X
TAP Varcès	1 avril 2016 au 24 juin 2016.	30€ + 15.69€	<input type="checkbox"/>

Cochez votre mode de règlement

- Chèque Bancaire  
 Espèces

CP  CE1  CE2  CM1  CM2 / ECOLE : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**SIGNATURE**  
Précédée de la mention  
« Lu et approuvé »

**Cadre réservé au club**

N° de licence : \_\_\_\_\_

Licencié le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



**Autorisation parentale – proposition à adapter à votre guise**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (nom, prénom), représentant légal de l'enfant \_\_\_\_\_  
en qualité de \_\_\_\_\_ (mère, père, tuteur), donne,

- en cas d'annulation exceptionnelle de l'activité \_\_\_\_\_ (intitulé de l'activité) organisée par \_\_\_\_\_ (nom de l'Association)
- en cas d'absence imprévue de l'intervenant constatée lors de l'arrivée sur le lieu de pratique de l'activité mentionnée précédemment,

mon accord pour que l'enfant mentionné ci-dessus soit pris automatiquement en charge par les services de la commune de Varcès Allières et Risset à 15h45.

Fait à Varcès Allières et Risset, le \_\_\_\_\_ Signature

**ASSURANCE FFRS – Cout Suplementaire**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
déclare avoir pris connaissance par l'intermédiaire de mon club des informations relatives à la notice d'assurance « dommages corporels » de base et des garanties complémentaires proposées par la FFRS (disponibles ci-jointes, ainsi que sur le site [www.ffroller.fr](http://www.ffroller.fr) et dans l'espace licencié sur Rol'Skanet).

Je déclare :

**1. Garanties de base individuelle accident (ou dommages corporels) – Contrat n° 101 625 000 (jointes à la présente demande)**

- adhérer à l'assurance « garantie de base dommages corporels » proposée par la FFRS (2,80 € licence loisir/compétition ou 1,44 € si licence dirigeant exclusivement)
- refuser d'adhérer à l'assurance « garantie de base dommages corporels » proposée par la FFRS. Dans ce cas, je reconnais avoir été informé(e) des risques encourus par la pratique du roller ou d'une autre activité assimilée

**2. Garanties complémentaires (capital décès, capital invalidité et indemnité journalière) – Contrat n° 102 742 500**

- souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées par la FFRS et m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur (option 1  9 € option 2  15 €)
- ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du licencié (ou s'il est mineur de son représentant légal) :