



DEMANDE D'ADHESION 2011/2012

> 18 ANS

< 18 ANS (*)

SECTION :

NOM	PRENOM	Né(e) le :
ADRESSE		
CODE POSTAL	VILLE	
TEL. Domicile	TEL. Port	TEL. Prof
E-MAIL	@	

(*) < 18 ans et compléter le cadre « Personne à prévenir en cas d'accident »

NOM DU PARENT ou REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT :			
LIEN DE PARENTE : Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>	Autre :
ADRESSE			
CODE POSTAL	VILLE		
TEL. Domicile	TEL. Portable	TEL. Prof	
E-MAIL	@		
J'autorise l'adhérent à rentrer seul à son domicile : OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
J'autorise la personne dont le nom suit à prendre en charge l'adhérent à la fin de l'activité :			
NOM	PRENOM		
ADRESSE	VILLE		
TEL. Domicile	TEL. Portable	TEL. Prof	
<i>A la fin de son activité et à l'heure habituelle clairement définie lors de l'inscription, si l'adhérent mineur rentre seul à son domicile, la responsabilité du FLEP ne saurait être engagée ni se substituer à celle du représentant légal du mineur.</i>			
Signature obligatoire			

Pour les adhérents licenciés qui s'inscrivent à des activités sportives

CERTIFICAT MEDICAL REMIS : OUI NON Date du Document :

Le certificat médical doit dater de moins de 3 mois et de non contre-indication aux activités sportives régulièrement pratiquées au FLEP.

Je m'engage à respecter le règlement intérieur mis à la disposition par le responsable de section, ma carte d'adhérent sera délivrée lors de la remise de cette demande dûment complétée et signée, accompagnée du règlement de l'inscription (si possible par chèque à l'ordre du FLEP)

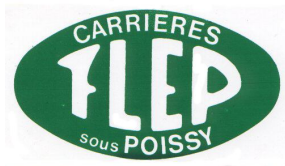
Signature obligatoire

Cadre réservé à la comptabilité

Chèque n° Banque Montant

Espèces Montant

Date



< 18 ANS

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM ET PRENOM DE L'ADHERENT

ADRESSE

CODE POSTAL ET VILLE

NUMEROS DE TELEPHONE

Domicile :

Portable :

Professionnel :

Je soussigné(e)

Autorise les responsables du FLEP à faire pratiquer par les autorités compétentes les actes d'urgence indispensables dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, durant l'activité ou lors d'un déplacement.

Date :

Signature des parents ou du représentant légal de l'enfant.