



# Inscription « Archer confirmé » 2022/2023

- Je présente un nouveau certificat médical datant de moins d'un an
- ADULTE : Mon certificat date de moins de 3 ans et je reconnais avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé (cerfa n°15699\*01)
- MINEUR : Je reconnais avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_ Date du certificat médical : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_ Type d'Arc :  Arc classique  Arc à poulies  Arc sans viseur

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Courriel (obligatoire) : \_\_\_\_\_

## Choix des groupes « Entraînement Jeunes »

- Mercredi 15h00-17h (Jardin d'Arc) (Benjamins-Minimes)
- Mercredi 16h30-18h30 (Jardin d'Arc) (Cadets-Juniors)
- Mardi 19h45-21h30 (Ferdinand Buisson) (15 ans et +)
- Dimanche 10h-12h (Colette Besson)
- Samedi 15h30-17h30 (Jardin d'Arc)

## Cotisation annuelle et règlement

Acquittée pour la saison sportive complète. Aucun remboursement ne sera effectué.	Pratique compétition	Pratique club	2 <sup>ème</sup> club
<b>Adulte</b> (né avant le 01/01/2002)	<input type="checkbox"/> 150 €	<input type="checkbox"/> 138 €	<input type="checkbox"/> 78 €
<b>Jeune</b> (né après le 01/01/2002)	<input type="checkbox"/> 115 €		<input type="checkbox"/> 58 €
<b>Etudiant</b> (né avant le 01/01/2002)	<input type="checkbox"/> 128 €	<input type="checkbox"/> 116 €	<input type="checkbox"/> 63€
<b>Supplément résidents hors « GPSO »</b>	<input type="checkbox"/> 15 € <i>uniquement la 1<sup>ère</sup> année d'inscription</i>		

\* Réduction de 20% sur la part club des cotisations les plus faibles à partir du 3eme membre inscrit de la famille (Jeune 102,20 €)

Réductions	Montant	
<b>NB: Le club n'est pas partenaire de l'ANCV</b>		
Pass+		<input type="checkbox"/> Justificatif
Carte Famille (CCAS de Chaville)		<input type="checkbox"/> Justificatif
Pass'Sport		<input type="checkbox"/> Justificatif
Comité d'Entreprise (préciser le nom) _____		<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Virement bancaire
<b>TOTAL</b>	_____ € à l'ordre de CHAVILLE TIR A L'ARC Nombre de chèques : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

## Mentions à renseigner obligatoirement

J'autorise la diffusion des prises de vues (photos, vidéos...) sur les supports de communication :

- du club  OUI  NON - de ses partenaires  OUI  NON

Fait, à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature obligatoire** (pour les mineurs, nom et signature du représentant légal)

# Autorisation parentale obligatoire pour les mineurs

Représentant légal : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## J'autorise :

- mon enfant à pratiquer le Tir à l'Arc dans les lieux et créneaux horaires fixés, aux activités et compétitions organisées et proposées par l'association et les structures affiliés à la FFTA.

- le Conseil d'Administration, les formateurs et les responsables de permanence à prévenir les secours le cas échéant.

## Je m'engage :

- à prévenir obligatoirement le formateur ou un des dirigeants du club de tout retard ou absence.

L'association décline toute responsabilité en cas de problème survenant en dehors des créneaux et lieux de pratique et s'engage à prévenir de toute modification dans les meilleurs délais.

Mon enfant viendra :  seul/  accompagné

Mode de transport : \_\_\_\_\_

Fait pour valoir ce que de droit à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du représentant légal :

---

## Certificat médical de non contre-indication à la pratique du Tir à l'Arc en loisir et en compétition

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

qui, au terme de mon examen, ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique du Tir à l'Arc en loisir et en compétition.

Certificat établi le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin