

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION CE CHARLEMAGNE

(en majuscule d'imprimerie svp)



| MEMBRE                                                                             |                                    |                |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------|
| NOM                                                                                |                                    |                |
| Prénom                                                                             |                                    |                |
| Adresse mail membre<br>(Ne rien indiquer si le membre n'a pas de mail personnel)   |                                    |                |
| Rue et numéro                                                                      |                                    |                |
| Localité et code postal                                                            |                                    |                |
| Date de naissance                                                                  |                                    |                |
| N° de GSM du membre<br>(Ne rien indiquer si le membre n'a pas de numéro personnel) |                                    |                |
| Genre                                                                              | Homme - Dame - X                   |                |
| Nationalité                                                                        |                                    |                |
| Latéralité                                                                         | Gaucher·e - Droitier·e             |                |
| Intéressé·e par la compétition ?                                                   | Oui - Non - J'aimerais en discuter |                |
| RESPONSABLE                                                                        |                                    |                |
|                                                                                    | Parent 1/Papa                      | Parent 2/Maman |
| NOM                                                                                |                                    |                |
| Prénom                                                                             |                                    |                |
| N° de GSM                                                                          |                                    |                |
| Adresse mail                                                                       |                                    |                |
| Rue et numéro                                                                      |                                    |                |
| Localité et code postal                                                            |                                    |                |
| Date de naissance                                                                  |                                    |                |

Acceptez-vous que le Cercle d'escrime Charlemagne utilise, à des fins **NON COMMERCIALES**, votre image ou celle de votre enfant dans une photo, une vidéo et/ou tout autre support numérique dans des publications sur internet.

**OUI - NON**

Comment avez-vous eu connaissance du « Cercle d'escrime Charlemagne » ?

**Salon Retrouvailles / Site Internet / Connaissance membre du CE Charlemagne / Autre, précisez :**

En soumettant ce formulaire, j'atteste sur l'honneur que le membre en devenir (mon enfant ou moi-même) n'a pas de contre-indication à la pratique sportive. Je certifie être en bonne santé et ne présente aucune contre-indication médicale m'empêchant de pratiquer l'escrime. En cas d'**obligation d'attestation médicale** (compétitions sélectives internationales, catégories vétérans, ou état de santé ou de conditions physiques/ antécédents médicaux personnels ou familiaux qui le justifient), je m'engage à envoyer mon certificat médical dans les **15 jours**.

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations transmises soient exploitées dans le cadre des activités liées au fonctionnement normal du cercle d'escrime Charlemagne. Vos coordonnées ne seront en aucun cas utilisées à d'autres fins. Pour plus de détails, veuillez consulter notre Règlement d'Ordre Intérieur disponible sur notre site web.

Date :

Signature :