FICHE D'INSCRIPTION – Saison 2022/2023

Salles d'Armes Tourangelles
Palais des Sports, 1 bd De Lattre de Tassigny, 37000 Tours – Mail escrimesat@gmail.com – N° siret 42019935800011

Nom :	**Prénom :**
Date et lieu de naissance de naissance : / / à	**Nationalité :**
Adresse :	
Père (Nom/Prénom) : **Adresse** (si différente)	**Mère** (Nom/Prénom) : **Adresse** (si différente) :
E-mail 1 (Obligatoire) : @	**Téléphone 1 :**
E-mail 2 : @	**Téléphone 2 :**
Lieu de pratique : C.M.S Tours ☐ / Loches ☐	**N° Licence 2021 – 2022 : 20037005_ _ _ _**
Arme pratiquée : ☐ Fleuret ☐ Artistique ☐ Epée	**Nombre d'années de pratique :**
Catégorie : / **Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin	**Latéralité :** ☐ Gaucher ☐ Droitier
Préparation Physique (+30€) : ☐ Oui / **Escrime Senior** (+65 ans) : ☐ Oui	**Escrime Santé :** ☐ Oui
Escrime Handi : Catégorie A ☐ / **Catégorie B** ☐ / **Catégorie C** ☐	**Autre :**
Tenue : ☐ Personnelle ☐ Louée aux SAT (60€)	**Masque :** ☐ Personnel / ☐ Loué aux SAT (10€)
Nombre d'adhérents inscrits aux SAT : ☞	**Montant total de l'inscription**
Mode de paiement : ☐ Chèques ☐ Espèces ☐ Coupons (sport, passeport loisir, chèques vacances…)	

Responsabilité & Règlement Intérieur

Je soussigné(e), _____ agissant en qualité de représentant légal de _____ l'autorise à pratiquer les activités sportives au sein des SAT.

OBLIGATOIRE EN CAS D'URGENCE

Personne à prévenir : ☎ :

☐ J'autorise les dirigeants, responsables, éducateurs sportifs à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident. En cas de nécessité, l'escrimeur sera dirigé vers l'hôpital le plus proche. J'autorise le médecin consulté en cas d'urgence à toute intervention chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant. **Je joins sous enveloppe les indications que je juge nécessaires de porter à la connaissance du médecin (allergie, antécédents opératoires…).**

Indications particulières (allergie, asthme,…) : _____

☐ J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter. J'autorise que mon nom, prénom, date et lieu de naissance ainsi que ma nationalité (ou de mon enfant) apparaissent sur le site internet de la F.F.E.

☐ J'autorise les SAT à utiliser les photos ou vidéos sur lesquelles apparaîtrait l'adhérent ci-dessus désigné.

A Tours, le **Signature**

Certificat médical obligatoire (voir détail par catégorie sur le site du club) – Vaccination Anti-COVID

☐ De l'année en cours (datant de moins de 3 mois) : / /

☐ Des années précédentes (validité 3 ans) → Complétez ci-dessous :

Je soussigné(e), _____ ou parent de, ou agissant en qualité de représentant légal de, _____ atteste avoir renseigné le questionnaire de santé (QS SPORT Cerfa N°15699*01) et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

☐ **Vaccination Anti-COVID : OUI – NON** **Si oui : Nombre de doses :** **Dernière dose le :**

Signature