

▪ **L'adhérent déclare par la présente :**

Se conformer aux statuts et règlements intérieurs du club TROYES OS NOËS.

Accepter que les renseignements figurant sur la fiche d'inscription soient utilisés à des fins associatives

OUI NON

Avoir été informé des garanties dont il bénéficie par l'intermédiaire de son adhésion (responsabilité civile et individuelle accident), de l'intérêt à souscrire à des garanties individuelles complémentaires.

▪ **Droit à l'image et site internet du club :**

J'autorise le club du TROYES OS NOËS à utiliser mon (son) image à titre personnel sans pouvoir demander une quelconque indemnité. Sous réserve que soit respecté le droit de la morale et qu'il n'y ait pas atteinte aux convictions personnelles.

OUI NON

Pour les licenciés mineurs seulement

▪ **Autorisation parentale :**

Je soussigné(e),autorise ma fille, mon fils à pratiquer le tennis de table au club du TROYES OS NOËS, et accepte qu'il ou elle participe aux déplacements hors du club, sous la responsabilité d'un entraîneur ou d'un bénévole de la section.

▪ **Autorisation de soins en cas d'accident :**

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le dirigeant du club ou l'entraîneur fera appel à un médecin ou au SAMU. Dans ce cadre, je soussigné(e).....,

Père Mère Tuteur de, autorise tout examen, soins ou intervention chirurgicale nécessaire et autorise le dirigeant ou l'entraîneur du club à demander l'admission en établissement de soin.

Certification médicale (mention obligatoire*) :

Je joins un certificat médical de pratique sportive de moins d'un an à la date de cette demande, établi par le médecin sur papier libre ou sur l'imprimé 24-9

J'ai fourni pour la saison 2023-2024 ou pour la saison 2022-2023 un certificat médical. Celui-ci a moins de trois ans à la date de cette demande et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical (formulaire 24-10-1)

Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les mineurs seulement (n°24-10-2)

* Vous devez cocher obligatoirement une seule de ces quatre cases

Date :

Signature du licencié :

Signature du parent ou représentant
légal pour le licencié mineur :