

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SAISON 2024 ABSC



Veillez compléter le tableau ci-dessous et merci de fournir les

documents suivants :

→ Autorisation parentale de soin complétée & signée (voir au verso)

- Photo d'identité

- Pièce d'identité

- Certificat médical de moins d'un an ou QS sport FFS rempli Det attestation sur l'honneur des parents pour les -18 ans

- Test d'aisance aquatique pour les mineurs de moins de 16 ans

→ Règlement :

-169 euros Adhérent sans matériel

- 124 euros Adhèrent avec matériel (combinaison et planche)

- 60 euros Adhérent sympathisant

- 35 euros Adhésion compétition

***Pack famille** : réduction pour les membres d'une même famille de 10 euros à partir de la 2^{ème} personne

Ex : 169euros pour le 1^{er} et 159 euros pour les autres membres

Par chèque (paiement en plusieurs fois possible) ou virement

Coordonnées bancaires ABSC Asso bodyborders et surfeurs catalans

IBAN FR76 1710 6000 3220 9436 6000 097 BIC/ADRESSE SWIFT : AGRIFRPP871

Dossier à ramener à l'association ou à renvoyer par mail à absc66@yahoo.com

Nom (celui sur la pièce d'identité)	
Prénoms	
Nationalité	
Adresse complète	
n ° téléphone portable et nom du Papa	
n ° téléphone portable et nom de la maman	
E-mail (OBLIGATOIRE)	
Facebook pour inscription groupe surf report	
N ° tel enfant ou parent pour infos via WhatsApp	
Licence n °	

AUTORISATIONS PARENTALES 2022/2023

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (NOM, prénom, qualité), _____

En cas d'accident de (NOM, prénom du licencié) _____

Autorise par la présente.

-Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire le responsable de l'association, du Comité ou de la FFS :

-À prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en Établissement de soins

-À récupérer l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Fait à :

Signature

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM : _____

Prénom. _____ Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____

Coordonnées du médecin traitant : _____

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Accord sur l'utilisation de l'image d'une personne physique

Je soussigné(e) (Nom-Prénom)....., agissant en qualité de père, mère, Tuteur légal* de l'adhérent (Nom-Prénom de l'adhérent) né(e) le.

Autorise l'ABSC à inclure la photo de mon fils — fille* dans sa banque d'images et à l'utiliser sur tout support ayant trait à son activité.

Cette autorisation accordée à titre gracieux est limitée à l'objet du présent accord, et est valable sans limitation de durée.

Fait à

Le

Signature

MERCI DE RETOURNER LE DOSSIER COMPLET (tout dossier incomplet ne sera pas accepté)