

# Le C.L.A.N



le « CROSS LOISIR ATHLETIC NOVAIS »  
VOTRE ASSOCIATION DE COURSE A PIED A NOVES

Taille\* :

N° adhérent :

Taille vestimentaire (S, M, L, XL, XXL)\*

## BULLETIN D'INSCRIPTION 2014

Nom : .....

☎ Fixe : .....

Prénom : .....

☎ Port : .....

Age : ..... Sexe : M  F

E-mail : .....

Date de naissance : . / . / . .

Adresse (complète): .....

.....

### HORAIRES DES ENTRAINEMENTS :

 Mardi 18h45	 Jeudi 18h45	 Samedi 09h00
---	---	--

### QUE VOUS FAUT-IL POUR ADHERER AU C.L.A.N ?

#### Au niveau administratif :

- Remplir le présent formulaire
- Vous inscrire en acquittant une cotisation annuelle d'adhésion à l'association de 45 € (à régler au plus tard le 30 MARS 2014 par chèque à l'ordre du « C.L.A.N »), la cotisation annuelle reste dû jusqu'au 31 décembre 2014.

#### Obligations

- Faire remplir par votre médecin traitant le certificat médical de « **non contre indication à la pratique de la course à pied** » proposé par nos soins au verso de cette feuille (Il devra daté de l'année civile d'inscription ).
- Les mineurs (16 ans révolus) doivent fournir l'autorisation parentale (annexe1), ainsi qu'une attestation de responsabilité civile.

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine à .....

Déclare avoir examiné M.....

**Et atteste l'absence de contre indication à la pratique**

**de la course à pied\***

**\*SI VOUS VOUHAITEZ PARTICIPER A DES COURSES REGIONALES, PENSEZ A VOUS FAIRE  
PRESCRIRE EN PLUS UN CERTIFICAT MEDICAL**

**DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DE LA COURSE A PIED EN COMPETITION**

**RECOMMANDATIONS DU MEDECIN S'IL Y A LIEU :**

.....  
.....

Fait à ..... Le.....

**Cachet et signature du médecin traitant**

**AUTORISATION PARENTALE POUR LES ENFANTS MINEURS (OBLIGATOIRE)**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
 autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à pratiquer la Course à pied et les disciplines associées. J'autorise les responsables du CLAN auquel adhère mon enfant, à prendre en cas d'accident sérieux dans la pratique du sport, toute décision d'ordre médical, s'il leur est impossible de me joindre en temps voulu.

Indications médicales éventuelles :

\_\_\_\_\_

Signature avec mention « lu et approuvé » :

Signature :

Date :

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT**

	MERE	PERE	MEDECIN
NOM			
PRENOM			
FIXE			
PORTABLE			

**AUTORISATION POUR LA DIFFUSION DE PHOTOS**

Je soussigné(e), père, mère, tuteur, \_\_\_\_\_  
 De l'enfant \_\_\_\_\_  
 Autorise le CLAN à diffuser sa photo dans le cadre de la presse, et de notre site.

Signature :

Date :

**RESPONSABILITE PARENTALE**

La responsabilité du CLAN ne saurait être engagée pour tous les trajets extérieurs.

Signature :

Date :