



BULLETIN D'ADHESION 2011/2012

PARIMULTIGUISSE

Bulletin à remettre au moniteur complété, signé avec les pièces jointes à fournir avant le 30 SEPTEMBRE 2011

Je souhaite adhérer à l'association Pari Multi-Glisse et m'engage à respecter les statuts de l'association dont je reconnais avoir pris connaissance sur le site

<http://www.journal-officiel.gouv.fr/association/> (recherche: pari multi-glisse).

Je certifie sur l'honneur être apte à la pratique du roller acrobatique et ne présente aucune contre-indication médicale pour participer à toutes les activités de l'association. Dans l'attente du dossier complet et ensuite de la licence, je reconnais disposer d'une assurance personnelle me couvrant pour la pratique du roller sous toutes ses formes (assurance extrascolaire pour les mineurs). La licence sera proposée avec une extension d'assurance. Cette licence offre une assurance spécifique à la pratique du roller en cours et personnelle.

Voici les pièces devant **obligatoirement** accompagner le dossier d'adhésion :

- Certificat médical datant de moins de 3 mois autorisant la pratique du roller acrobatique et en compétitions.
- 2 photos d'identité avec nom et prénom au dos.
- Photocopie de l'attestation d'assuré social.
- Assurance extra scolaire.
- 1 chèque de 270€ à l'ordre de Pari Multi-Glisse (cours et licence FFRS).
- 1 chèque de 20€ à l'ordre de Pari Multi-Glisse (Adhésion à l'association).

Mon adhésion comprend :

- L'adhésion à l'association 20 euros.
- La licence à la fédération environ 35 euros.
- Le règlement des séances cours d'1h30, de septembre 2011 à Juin 2012.

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :
jj/mm/aaaa

Adresse : Ville : CP :

Tel domicile : Tel Portable :

Tel Bureau :

E-mail :

En cas d'urgence prévenir : Monsieur Madame

Nom : Prénom :

Tel :

Tel de votre assistance :

Ne remplir cette case que si vous avez une assurance personnelle pour votre pratique libre

Dans le cas d'un enfant mineur, partie à remplir par les parents :

Je soussigné (e)

Nom : Prénom :

Adresse : Ville : CP :

Tel domicile : Tel Portable :

Adresse Bureau :

Ville : CP :

Tel bureau :

Agissant en qualité de Père Mère Tuteur Tutrice de l'enfant :

Nom : Prénom :

Certifie que mon enfant est apte à la pratique du roller acrobatique et ne présente aucune contre-indication médicale pour participer aux activités de l'association.

Autorise les responsables de l'association P.M.G, à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence, d'accident et sur avis des secours, y compris l'hospitalisation éventuelle.

Nom et adresse de l'hôpital où vous souhaitez que l'enfant soit transporté de préférence :

Nom :

Adresse :

Ville : CP :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Tel :

Assistance de l'assurance extrascolaire :

Nom :

Tel :

Autorise l'association P.M.G à utiliser les images video et photos prises durant les activités, dans le cadre de promotion de l'association et le respect des pratiquants. L'équipe de P.M.G s'engage à ce qu'aucune utilisation extérieure à la pratique du roller ne soit faite des images.

Fait le :
jj/mm/aaaa

A :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé ».