

STADE CLERMONTOIS

VOLLEY-BALL

DEMANDE D'ADMISSION

SAISON 2016/2017

NOM

PRENOM

ADRESSE

.....

Code Postal Ville

Date de Naissance Lieu

Nationalité Profession

Téléphone : Domicile Travail (poste).....

Portable.....E-mail.....

Etes-vous membre d'une autre section du Stade Clermontois?

Opération 1 adhérent / 1 sponsor :

(pouvez-vous apporter un sponsor ou nous donner les coordonnées d'une de vos connaissances à contacter de votre part)

DROIT A L'IMAGE

j'autorise

la publication de mon image ou de celle de mon enfant

je n'autorise pas

Signature

Je soussigné avoir pris connaissance des STATUTS du Stade Clermontois et
et les accepter.

A, le.....

Signature de l'intéressé

AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEURS POUR LES MINEURS

Je soussigné (NOM et Prénom)

Demeurant

mon fils

Autorise :

ma fille

à pratiquer le sport suivant

En cas d'urgence d'intervention médicale ou chirurgicale

Je donne

Autorisation

Je ne donne pas

aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence.

A, le **Signature**