

# Mineur



## DOSSIER D'INSCRIPTION

### Cadre Réservé à l'EGB

|              |  |  |  |                     |  |
|--------------|--|--|--|---------------------|--|
| Chèque       |  |  |  | ANCV Connect        |  |
| Espèces      |  |  |  | Pass'Sport          |  |
| Virement     |  |  |  | Ticket Sport Mairie |  |
| CB sur place |  |  |  |                     |  |

Groupe :

Date finalisation dossier : \_\_\_\_\_

NOM Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

CRÉNEAU (jour et horaires) : \_\_\_\_\_

### RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je reconnais avoir pris connaissance du **règlement intérieur**  
(en téléchargement sur le site du Club : [www.gymbagnac.com](http://www.gymbagnac.com))  
et déclare en accepter le contenu.

**Signature du représentant légal**

### COMPÉTITIONS

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, autorise mon enfant \_\_\_\_\_  
à participer aux compétitions.

De fait, je m'engage à :

- respecter le calendrier des compétitions remis en début de saison, par conséquent, à ce que mon enfant soit présent aux compétitions,
- me procurer la tenue officielle de compétition du club.

#### PRÉCISIONS :

1. Les frais de déplacement en compétition sont à la charge des parents.
2. La tenue de compétition pour les gymnastes :
  - **FILLES** : justaucorps du club
  - **GARÇONS** : Sokol + Léotard + short du club
  - **FILLES ET GARÇONS** : survêtement du club

**Signature du représentant légal, précédée de la mention « Lu et approuvé »**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

**NOM MUTUELLE :**

**1. Votre enfant suit-il un traitement médical, hors infections bactériennes, pendant la saison ?**

OUI

Si OUI, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant - avec notice*).

NON

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**2. Votre enfant a-t-il des allergies connues ?**

- Allergies médicamenteuses ?

NON

OUI Lesquelles :

- Allergies alimentaires ?

NON

OUI Lesquelles :

- Allergies autres ?

NON

OUI Lesquelles :

**3. Votre enfant est-il asthmatique ?**

NON

OUI

Allergies et/ asthme : précisez les symptômes connus et la conduite à tenir en cas de survenance

**4. Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc...**

OUI

Précisez et détaillez vos recommandations utiles

NON

## AUTORISATION PARENTALE / HOSPITALISATION

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_ et agissant en qualité de père / mère / tuteur de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je déclare donner les pleins pouvoirs à l'Association ÉLAN GYMNIQUE DE BLAGNAC, représentée par l'un des membres directeurs ou par un salarié, pour prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de l'enfant (*traitement médical, hospitalisations*), dans le cas où mon enfant serait malade ou accidenté pendant l'entraînement ou en compétition.

En cas d'urgence, je désire que mon enfant soit hospitalisé, dans la mesure du possible à : \_\_\_\_\_

**A Blagnac le :**

**Signature du représentant légal**

## AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

(Enfants mineurs)

Je soussigné(e) / Nous soussignés : .....

Agissant en qualité de représentant/s l'égal/aux de l'enfant mineur :

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ...../...../.....

Autorise / Autorisons le club de gymnastique **l'ÉLAN GYMNIQUE DE BLAGNAC** à utiliser et diffuser l'image de mon enfant mineur sur les supports de communication suivants :

- le site internet, les réseaux sociaux de l'EGB,
- les affiches, les panneaux d'affichage.

Fait à ....., le .....

Signature du/des représentant(s) légal(aux) de l'enfant mineur, précédée de la mention manuscrite  
« Bon pour accord d'utilisation de l'image »