

**Identité du Nageur :**

Nom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Date de naissance : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Sexe : F ❑ M ❑

Adresse : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ \_ Ville : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Tél : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Mail : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Autorisation parentale pour les mineurs :

Je soussigné(e) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ responsable légal de l’enfant désigné ci-dessus, l’autorise à participer aux activités nautiques au sein de l’ANC.

Personne à contacter en cas d’urgence :

Nom et prénom : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Portable : . . . . . . . . . . . . . . . Autre : . . . . . . . . . . . .

**Autorisation médicale**

En cas d’urgence, j’autorise les responsables du club à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s’imposer. Si nécessaire, j’autorise mon transfert sur le centre hospitalier le plus proche et autorise les médecins à pratiquer toute intervention et soins d’urgence.

**Recommandations du responsable légal :** j’attire l’attention des responsables du club sur le fait que je suis sujet(e) aux allergies suivantes et/ou que je suis soigné(e) actuellement pour le problème médical suivant :

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Autorisation publicitaire**

J’autorise Alençon Nautique Club à diffuser et exploiter toute représentation visuelle de ma personne (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animation etc.) dans le cadre d’une utilisation publicitaire destinée à promouvoir le club. Cette autorisation concerne tous les supports de communication connus à ce jour et à venir. Cette autorisation est accordée pour une durée de 5 ans à compter de la date de signature et ne peut faire l’objet d’une demande de rémunération ultérieure de ma part.

**Règlement intérieur**

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur qui se trouve sur le site du club. (pas de remboursement de la cotisations une fois la licence signée)

**Saison 20 . . / 20 . . :**

Je certifie exact les informations renseignées, fait à **ALENCON le / /20  .**



**Signature**

précédée de la mention « lu et approuvé »

Montant de la cotisation annuelle :

Règlements ❑ chèque(s) : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ❑ espèces . . . . . . . . . . . .

❑ autres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Questionnaire Médical complété ❑ oui ❑ non

**Saison 20 . . / 20 . . :**

Je certifie exact les informations renseignées, fait à **ALENCON le / /20  .**



**Signature**

précédée de la mention « lu et approuvé »

Montant de la cotisation annuelle :

Règlements ❑ chèque(s) : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ❑ espèces . . . . . . . . . . . .

❑ autres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Questionnaire Médical complété ❑ oui ❑ non



**Saison 20 . . / 20 . . :**

Je certifie exact les informations renseignées, fait à **ALENCON le / /20  .**



**Signature**

précédée de la mention « lu et approuvé »

Montant de la cotisation annuelle :

Règlements ❑ chèque(s) : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ❑ espèces . . . . . . . . . . . .

❑ autres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Questionnaire Médical complété ❑ oui ❑ non



**Saison 20 . . / 20 . . :**

Je certifie exact les informations renseignées, fait à **ALENCON le / /20  .**



**Signature**

précédée de la mention « lu et approuvé »

Montant de la cotisation annuelle :

Règlements ❑ chèque(s) : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ❑ espèces . . . . . . . . . . . .

❑ autres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Questionnaire Médical complété ❑ oui ❑ non