

FICHE ADHÉSION / LICENCE SPORTIVE 2021

COMPÉTITION 45€

EDUCATEUR 45€

PRATIQUANT 35€

Joindre votre certificat médical* et votre règlement à l'ordre du RADICAL SURF CLUB.

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 NÉ(E) LE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____
 DISCIPLINES : _____
 ADRESSE : _____
 CODE POSTAL : _____ VILLE : _____
 TELEPHONE : _____ GSM : _____
 E-MAIL : _____

* Le certificat médical est dorénavant valable 3 ans. Si vous étiez licencié en 2020, il n'est pas forcément nécessaire de fournir un nouveau certificat cette année. Il vous faudra remplir un questionnaire de santé

(cerfa : 15699-01 - www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R47821), afin de vous exempter ou non d'un certificat médical.

Si vous avez répondu «NON» à toutes les questions du formulaire, merci de nous le dire au moment de la prise de licence.

Je soussigné(e) _____ affirme ne pas présenter de contre-indications médicales à la pratique du surf et de ses disciplines associées et savoir nager. Je m'engage également à respecter le règlement intérieur du club. J'accepte les risques liés à la pratique du surf dans les conditions normales de pratique informées dans le Cadre Réglementaire de la FFS.

De plus, dans le cadre de la «CRISE REQUIN» que connaît la Réunion depuis 10 ans, je reconnais avoir été informé des risques. Ma pratique de l'activité, qu'elle soit sous surveillance des «VIGIES REQUINS» lors des sessions libres dans les zones aménagées ZONEX ou autonomes se fait à mes propres risques et périls.

Le _____ à _____
 Signature Signature des parents ou du responsable légal

« SPÉCIAL MINEUR » Autorisation Parentale :

Je soussigné(e) _____ Mère, Père, Tuteur Responsable légal de l'enfant (1)
 _____, autorise mon fils, ma fille (1) à pratiquer le Surf, le Bodyboard, le Longboard, le Kneeboard, le Bodysurf et le Skimboard dans le cadre des activités « Free Surf Surveillé » et/ou d'enseignement de ces disciplines proposées par l'association RADICAL SURF CLUB. J'autorise également les responsables à orienter mon enfant vers un service médicalisé s'il le juge nécessaire en cas d'accident.

«Bon pour une autorisation parentale»

Signature des parents

(1) rayer les mentions inutiles

Personne à prévenir en cas d'accident :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 TÉL. DOMICILE : _____ TÉL. BUREAU : _____ GSM : _____
 MÉDECIN TRAITANT : _____ TÉL. CABINET : _____ GSM : _____