

---

## INSCRIPTION STAGE LE TRIATHLON POUR ELLE DU 28 & 29 MARS 2015

**Objectifs du stage :**

- Le triathlon au féminin
- Mélange des publics féminins
- Démystification de la compétition

NOM : ..... PRENOM : .....

Née le : ..... CLUB : .....

Adresse personnelle : .....

Téléphone fixe :.../.../.../.../...                      Portable :.../.../.../.../...

E-mail : .....

Catégorie en 2015 :      Cadette  Junior  Sénior  Master

Nombre d'années de pratique en triathlon : .....

Je souhaite m'inscrire au regroupement Ligue, des samedi 28 et dimanche 29 mars 2015, au C.R.J.S. d'Aubigny sur Nère. Pour que mon inscription soit validée, celle-ci doit être correctement remplie, accompagnée de son règlement, et retournée dans les délais.

**ATTENTION :** Le nombre de places étant limité par la structure d'accueil, seront retenus les dossiers par ordre d'arrivée.

**Je joins un chèque de 60€ (à l'ordre de la Ligue du Centre de Triathlon) à cette fiche d'inscription (ainsi que l'autorisation parentale et la fiche sanitaire pour les mineures).**

J'envoie le tout avant **le 18 mars 2015** :

### **AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)**

Je soussigné(e) Mr Mme\* ..... agissant en qualité de responsable légal, autorise ma fille\* ..... née le..... à suivre le stage de triathlon organisé par la Ligue du Centre de Triathlon et qui se déroulera à AUBIGNY-SUR-NERE (18) les 28 et 29 mars 2015.

\*rayer la mention inutile

J'autorise par la présente en cas d'accident :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- Le responsable du stage à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
- Le responsable du stage à reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue du représentant légal du mineur.

Oui                       Non

Le.....à.....

Signature



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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