



Maison des Sport _ 3 rue de la liberté
38130 ECHIROLLES
Tél : 07 70 63 94 37
E-mail :
alechirolleshandisport@gmail.com
www.alehandisport.sportsregions.fr

Inscription
Saison 2023-2024

- Plongée Natation Gymnastique Tennis de table
 Ski Sarbacane Bénévole

Noms : _____ Sexe : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Nationalité : _____ Date de naissance : ____/____/____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Profession : _____

Personne à contacter en cas d'urgence

Noms : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Autorisation

Je soussigné Mineur Tutelle Curatelle

Noms : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Autorise l'adhérent nommé ci-dessus à pratiquer l'activité à L'ALE Handisport et accepte qu'il participe aux déplacements loisir et compétition sous la responsabilité d'un entraîneur ou un

Etablissement dont peut dépendre l'adhérent

Noms : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Type de handicap

Orthopédique Neurologique IMC Paraplégie Tétraplégie

Neurologique évolutif Auditif Hémiplégie Visuel Mental Valide

L'adhérent déclare par la présente :

- Etre informé et accepter les Statuts et le Règlement Intérieur de l'ALE Handisport.
- Accepter que les renseignements figurant sur le bulletin d'adhésion soient utilisés par l'ALEH à des fins associatives.
- Avoir été informé des Garanties Responsabilité Civile et Individuelle Accident dont il bénéficie par l'intermédiaire de son adhésion à l'ALE Handisport.
- Avoir été informé de l'intérêt de souscrire à des garanties individuelles complémentaires (Sportmut).
- Autoriser les responsables de l'association à prendre toutes dispositions en cas d'accident (admission en établissement de soins si nécessaire).
- Autoriser l'ALE Handisport à utiliser son image, à titre promotionnelle et sans contrepartie, pour sa communication interne ou externe et sur tout type de supports.

Oui Non

Pièces à fournir :

Bulletin d'inscription correctement rempli et signé.

Certificat Médical de la FFH dûment rempli et datant de moins de 3 mois (2 feuilles) ou spécifique plongée.

Règlement : CB Chèque Virement Montant :

Date : / /

Mention manuscrite lue et approuvé

Signature