**Nom : Prénom** joueur**: Né(e) le : / /**

**Adresse : CP : Ville :**

**Tph fixe : Mobile : /**

**Mails parents : Enfant :**

**Cotisation Vertavien 75 €, non Vertavien 85 €,** 30% de remise à partir de la 3ème personne du même foyer

- Règlement par chèque bancaire à l'ordre du BALV o Pass Culture Sport o Souhaite un justificatif CE o

**Créneau d'entraînement à sélectionner en fonction de l'année de naissance :**

 2012 à 2010 : mercredi 16h30 à 17h45  2009 à 2008 : mercredi de 17h45 à 19h00

 2007 à 2006 : mercredi de 19h00 à 20h30  2005 à 2003 : vendredi de 19h00 à 20h30

**Le bureau peut être amené à modifier les tranches d’âge dans les créneaux suivant le nombre d’inscrits en début de saison.**

En cas d’**URGENCE**, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandent une autorisation écrite des parents. Si celle-ci fait défaut, il leur faut demander l’autorisation au Juge des Enfants ou au Procureur de la République : ***cette attestation est destinée à éviter ces démarches.***

Je, soussigné(e), le **Responsable légal**, Mr/Mme . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..

 donne l’autorisation aux membres de l’Association Badminton Amicale Laïque Vertou de prendre en cas d’urgence toutes mesures rendues nécessaires par la santé de mon enfant (interventions chirurgicales d’urgence, sous anesthésie, selon les prescriptions du médecin, soins dentaires etc.)

 autorise mon enfant à participer aux déplacements prévus dans le cadre du Championnat UFOLEP et/ou tournois UFOLEP ou amicaux

En cas d’hospitalisation, je souhaite que mon enfant - . . . . . . . . . . . . . . . . . . – soit transféré à :

* L’HOPITAL : OUI NON
* LA CLINIQUE (préciser le nom) : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..
* MEDECIN TRAITANT (nom, adresse, Tél.) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**OBSERVATIONS** : (contre-indications éventuelles relatives à la santé de l’enfant, situation de famille, etc.)

Autre personne à prévenir en cas d’absence du Chef de famille : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

** Droit à l'image :** Autorise, la section badminton de l'Amicale Laïque de Vertou, à utiliser l'image de mon enfant, afin d'illustrer ses publications (supports de communication y compris Internet, sans contrepartie ni limites dans le temps, et ce, à condition que son image ne soit ni déformée, ni détournée à des fins portant atteinte à l'intégralité morale et physique de sa personne.

La section badminton de l'Amicale Laïque de Vertou s'engage à ne faire aucun usage commercial de ces photos. ¨ Oui ¨ Non

**** ¨ reconnais avoir pris connaissance du règlement interne

**** reconnais avoir été informé(e) des garanties qui sont téléchargeables à partir de l’adresse suivante : <https://drive.google.com/file/d/1HbD-aXz__d3gEKZjfUa44jhPP9AcR6Dq/view>

¨ Je ne souhaite pas d'assurance complémentaire et me contente des garanties de base inclues dans le prix de l'adhésion.

¨ Je souhaite souscrire une assurance complémentaire option 1 ¨ 2 ¨ 3 ¨

**** Questionnaire médical entrainant votre responsabilité pour la pratique sportive de votre enfant, veuillez cocher la case ci-dessous :

¨ J’atteste avoir répondu par la négative à l’ensemble des questions du formulaire santé (sinon fournir certificat médical)

En cas d'abandon de l'activité en cours d'année du fait de l'adhérent, ou en cas d'empêchement de pratiquer l'activité pour quelque raison que ce soit, il ne sera fait aucun remboursement après les congés de Toussaint. Avant cette date, un remboursement partiel pourra être envisagé au prorata temporis, étant entendu que le coût de la licence et celui des cotisations FAL/AL ne pourra pas être remboursé.

Fait à : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Le : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Signature du responsable légal **Père -Mère -Tuteur**

**- précédée de la mention lu & approuvé**