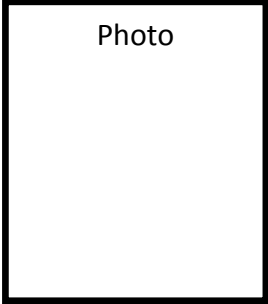




# Dossier d'adhésion

Ghost-riser  
11 rue de l'aubin jaune  
57000 Metz

Contact: steffen benoit  
[contact@ghost-riser.fr](mailto:contact@ghost-riser.fr)  
TEL: 07-70-71-12-31



No de dossier :

Date de réception du dossier :

## RISER :

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Homme  femme  (1) / Adulte  Enfant  (1)

Tel (1) : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Tel (2) : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

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

Je reconnais avoir pris connaissance du montant de la cotisation qui est de **50 euros /ans**

Je reconnais avoir pris connaissance que le port des protections est obligatoires dans toutes activités en lien avec l'association **ghost-riser**.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ Père , Mère , Tuteur , Représentant légal  (1).

Autorise l'enfant inscrit ci-dessus à participer aux différentes activités de l'association. (1).

En cas d'urgence, j'autorise le médecin alerté par l'association à prendre toutes les dispositions médicales et chirurgicales qui s'imposent. (1).

## Numéro d'appels d'urgence :

numéros	Nom de la personne
Tel : __/__/__/__	
Tel : __/__/__/__	

## Droits à l'image :

Dans le cadre de la promotion du club notamment sur le site Internet, un article de journal ,un reportage , ou d'autre medias .

- Etes-vous d'accord pour que l'association utilise votre image ou celles de votre enf ant?  
 Oui  Non (1).
- Etes-vous d'accord pour que l'association utilise votre nom et prénom ou celui de votre enfant?  Oui  Non (1).

## Pieces à joindre :

- Cheque du montant de la cotisation soit **50<sup>E</sup>**
- certificat médicale de non-contre-indication (délivré par un médecin)
- fiche d'informations médicale
- 2 photos

Cochez la mention utile

Le cout du tee-shirt n'est pas inclus dans le prix de l'adhésion , il est de **25 euros ttc**

## Signatures :

(du représentant légal pour les mineurs)

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

# Fiche médicale pour adhesion ghost-riser

## Renseignements:

Médicaments, régimes éventuels, soins particuliers, soins journaliers :

---

---

Existe-t-il des contre-indications pour certaines activités physiques ? :

---

---

Le riser souffre-t-il d'allergies ?

Médicamenteuses  Alimentaires  Asthme  Autres (dont régime alimentaire) <sup>(1)</sup> -

Précisez :

Autres renseignements concernant l'état physique du riser :

---

---

Autorisation des parents en cas d'urgence médicale

Je soussigné(e) :

---

---

(Nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale pour les mineurs)

Adresse Code postal Ville Pays :

---

---

Agissant en qualité de : \_\_\_\_\_

Responsable de : \_\_\_\_\_

Déclare :

- Autorise les responsables de **ghost-riser** à faire donner tous les soins médicaux et Chirurgicaux, y compris l'hospitalisation, qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, Intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après Consultation d'un praticien

- En cas de maladie, les frais nécessité par le traitement du stagiaire sont à la charge des familles.

Je m'engage à rembourser à **ghost-riser** l'intégralité des frais (médicaux et

Pharmaceutiques) avancés éventuellement pour mon compte. (Les justificatifs des frais et le dossier médical seront adressé à la famille).

A : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :