



Bulletin d'adhésion

Saison : 2018 / 2019

Coordonnées	
NOM et PRÉNOM (en capitales) :	
Date de naissance : ... / ... /	
Adresse postale :	
Tél :	Portable :
Adresse Mail :	
<i>Pour les mineurs:</i>	
Nom des parents ou Tuteurs (si différents) :	
Établissement scolaire :	

Consentement explicite et éclairé (Loi Informatique et Liberté – Règlement Général sur la Protection des Données)				
<p>Dans le cadre de l'activité de notre association Stanislas Echecs nous constituons un fichier contenant des informations à caractère personnel sur nos membres collectées via ce bulletin d'adhésion. Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier par BOES Rémi dans le but de communiquer avec nos adhérents tout au long de la saison sportive (1 septembre 2018 – 31 août 2019) au sujet des divers événements échiquéens et moments de vie associative auxquels les membres de notre association peuvent participer. Elles sont conservées pendant deux ans et sont destinées au comité directeur, aux salariés du club, et aux bénévoles impliqués dans le fonctionnement de l'association.</p> <p>Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier.</p>				
Nom	Prénom	Mention manuscrite « lu et approuvé »	Date	Signature

Tarifs				
Adhésion au club : 50 €				
Licence compétition	Adultes : 47€	Jun/Cad : 24€	Min/Ben : 16€	Pup/Pou/Ppo : 13€
Licence loisir	Adultes : 8€	Jeunes : 3€		
Cours collectifs : 25€ par trimestre				
Total avant remise				
Remise de 20 % à compter de la troisième inscription de la même famille				
Total				

Créneaux horaires préférentiels(*) pour les cours collectifs :

- Mercredi : 08h00 – 09h00 09h00 – 10h00 10h00 – 11h00 11h00 – 12h00 13h30 – 15h00
- Vendredi : 18h30 – 19h30 19h30 – 20h30

(*) Les horaires de cours vous seront proposés de façon à garantir l'homogénéité des groupes et la cohérence de leurs objectifs pédagogiques, et dans la mesure du possible en accord avec vos préférences.

Vie du Club	
Je souhaite participer aux compétitions par équipes adultes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour les jeunes : je souhaite participer aux équipes jeunes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je souhaite m'investir bénévolement dans la vie du club	<input type="checkbox"/> Chauffeur <input type="checkbox"/> Intendance <input type="checkbox"/> Accueil <input type="checkbox"/> Buvette <input type="checkbox"/> Communication <input type="checkbox"/> Coordinateur <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> Non

Paiement	
Paiement par chèque à l'ordre de Stanislas-Echecs (avec date d'encaissement au dos)	
Par virement bancaire : Compte STANISLAS ECHECS IBAN : FR76 1027 8040 4400 0200 9820 145 BIC : CMCIFR2A	

Fait à le ... / ... /

Signature (Pour les mineurs, signature du représentant légal)

STANISLAS ÉCHECS

29 rue du Colonel Grandval, 54000 NANCY

Tél : 06 75 32 71 43

Mail : stanislas.echecs@free.fr



Droit à l'image – autorisation parentale

Saison : 2018 / 2019

Je, soussigné

M. - Mme (prénom et nom) :

Adresse :

n° téléphone :

adresse e-mail :

agissant en qualité de représentant légal de l'enfant (prénom et nom) :

autorise les représentants de l'association Stanislas Echecs à prendre mon enfant en photo et à utiliser cette/ces photo(s) pour une publication sur tout support d'information relatif à la promotion des activités de l'association.

Observations :

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus.

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par l'association Stanislas Echecs est garanti, de même que le droit de retrait.

Date et signature :



Fiche sanitaire de liaison de l'enfant

Saison : 2018 / 2019

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par l'association Stanislas Echecs lors de la saison sportive 2018 – 2019 (01/09/2018 – 31/08/2019).

NOM :PRENOM : Date de naissance :/...../.....

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				B.C.G.	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui (précisez).....Non

Votre enfant est-il asthmatique ? Oui.....Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole : oui / non	Varicelle : oui / non	Angine : oui / non	Oreillons : oui / non	Scarlatine : oui / non
Coqueluche : oui / non	Otite : oui / non	Rougeole : oui / non	Rhumatisme articulaire aigu : oui / non	

Allergies : ASTHME oui / non ALIMENTAIRES oui / non MEDICAMENTEUSES oui / non

AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

.....

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

Recommandations utiles des parents : Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, autres :

.....



Fiche sanitaire de liaison de l'enfant : suite

Saison : 2018 / 2019

Enfants porteurs de handicap ou de troubles du comportement

L'association Stanislas Echecs est ouverte aux enfants porteurs de handicap ou de troubles du comportement dès l'instant où toutes les conditions garantissant un service de qualité sont réunies (bien-être et sécurité). Pour une meilleure intégration de votre enfant il est souhaitable de prendre rendez-vous pour définir ensemble des modalités d'accueil.

Est-ce qu'une aide particulière a été mise en place pour la scolarité : Oui / Non

Si oui laquelle ?.....

Merci de nous fournir de document de reconnaissance délivrée par la Maison du handicap (MDPH).

Responsable du mineur : NOM : PRENOM :

Téléphone portable.....domiciletravail :

Nom et téléphone du médecin traitant :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention).

Date et signature du responsable de l'enfant :