

# DOSSIER D'ADHÉSION



GHOST-RISER

11 RUE DE L'AUBIN JAUNE

57000 METZ

PHOTO

NO DE DOSSIER :

DATE DE RÉCEPTION DU DOSSIER :

CONTACT: KRISTOPHE BARZYCKI

[CONTACT@GHOST-RISER.FR](mailto:CONTACT@GHOST-RISER.FR)

TEL: 06-30-45-53-10

## RISER :

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ HOMME  FEMME  (1) / ADULTE  ENFANT  (1)

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

ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

TAILLE DU TEE-SHIRT : XS  S  M  L  XL  XXL  (1) (2)

JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU MONTANT DE LA COTISATION QUI EST DE **50 EUROS /ANS**

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 ENFANT?  
 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€**
- CERTIFICAT MÉDICALE DE NON-CONTRE INDICATION (DELIVRÉ PAR UN MEDECIN)
- FICHE D'INFORMATIONS MÉDICALE
- 2 PHOTOS

(1) COCHEZ LA MENTION UTILE

(2) LE COUT DU TEE-SHIRT N'EST PAS INCLUS DANS LE PRIX DE L'ADHESION. IL EST DE **25 EUROS TTC**

## SIGNATURES :

(DU REPRÉSENTANT LÉGAL POUR LES MINEURS)

FAIT LE \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_

DOCUMENT À RETOURNER À : **GHOST-RISER - 11 RUE DE L'AUBIN JAUNE - 57000 METZ**

# 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) (1). -  
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 AFFECTIION 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 ADRESSÉS À LA FAMILLE).

A : \_\_\_\_\_ LE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE :