



STADE CLERMONTOIS section
DEMANDE D'ADMISSION SAISON

Fleuret Epée Sabre

NOM PRÉNOM
Date de naissance Lieu
Nationalité
E-mail
Adresse
Code postal Ville

Profession/Université/Etablissement scolaire
Niveau ou classe

Téléphone Domicile Père
Portable Mère

AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEURS POUR LES MINEURS

Je soussigné (NOM et Prénom)
agissant en qualité de (parent/tuteur)
Demeurant

Autorise mon fils
 ma fille

à pratiquer le sport suivant :

EN CAS D'URGENCE

Je donne Autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence
 Je ne donne pas

Médecin traitant
Nom et Téléphone Personne à prévenir en cas d'urgence :

DROIT A L'IMAGE

J'autorise la publication de mon image ou de celle de mon enfant
 Je n'autorise pas

COORDONNÉES A DES TIERS

J'autorise la transmission de mon adresse mail aux partenaires privés
 Je n'autorise pas du Stade Clermontois afin de recevoir leurs offres commerciales

Je, soussigné,

- déclare avoir pris connaissance des Statuts du SC et les accepter (www.stade-clermontois.com)
- déclare avoir pris connaissance que lla pratique du sport ne se fait qu'avec un certificat médical d'aptitude
- accepter que les remboursement peuvent être accordés selon le règlement propre à chaque section

A le Signature

Joindre : 1 photo et Certificat médical d'aptitude