

BULLETIN d'ADHESION Grenoble Handisport 2018/2019

A remplir par l'adhérent et à retourner à : **Attention bien envoyer à cette adresse**
Serge BAMBINA, Responsable licences, Le village, 38930 Le Monestier du Percy



Mme, Mr. (barrer la mention inutile)

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Nationalité :

Profession, études ou classe :

Téléphone domicile et téléphone portable :

Adresse :

E-mail :

Vous êtes bénévole :

Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser votre type de déficience/handicap (déficience visuelle, déficience auditive, paraplégie, tétraplégie, hémiplégie, handicap neurologique d'origine périphérique, handicap neurologique évolutif, infirmité motrice cérébrale, handicap orthopédique, autres, valide).

J'autorise Grenoble Handisport à prendre des photos et à les utiliser sur son site Internet ainsi que sur tout support servant à sa communication : OUI / NON.

Je souhaite pratiquer les activités sportives suivantes, par ordre d'importance :

Sport 1 : en compétition, en loisir (rayer la mention inutile)

Sport 2 : en compétition, en loisir (rayer la mention inutile)

Sport 3 : en compétition, en loisir (rayer la mention inutile)

Fait à : Le : Signature* :

* Pour une personne mineure, signature obligatoire des parents ou du représentant légal

CERTIFICAT MEDICAL

Obligatoire pour tout pratiquant en compétition ou en loisir

Je soussigné, Docteur(e) :, certifie avoir examiné ce jour

Nom et Prénom : Né(e) le : Masculin Féminin

Et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique sportive

Cocher toutes les activités concernées par ce certificat médical en spécifiant le type de pratique (loisir ou compétition) :

| Activités sportives | Escrime | Hockey Fauteuil | Natation | Ski Alpin | Tennis | Torball | Autre, préciser |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nombre de cases cochées : ____ | | | | | | | |
| en compétition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en loisir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remarques restrictives éventuelles :

Fait à : Le : Signature du médecin et Cachet professionnel :