



# DEMANDE D'ADHESION 2018/2019

> 18 ANS

< 18 ANS  (\*)

**SECTION :** .....

NOM : ..... PRENOM : ..... Né(e) le : ...../...../.....  
 ADRESSE : .....  
 CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
 TEL. Domicile : ..... TEL. Portable : ..... TEL. Prof. : .....  
 E-MAIL : ..... @.....

**(\*) < 18 ans et compléter le cadre « Personne à prévenir en cas d'accident » (Verso)**

NOM DU PARENT ou REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT : .....  
 LIEN DE PARENTE : Père  Mère  Tuteur  Autre :  
 ADRESSE : .....  
 CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
 TEL. Domicile : ..... TEL. Portable : ..... TEL. Prof. : .....  
 E-MAIL : ..... @.....  
 J'autorise l'adhérent à rentrer seul à son domicile : OUI  NON   
 J'autorise la personne dont le nom suit à prendre en charge l'adhérent à la fin de l'activité :  
 NOM : ..... PRENOM : .....  
 ADRESSE : ..... VILLE : .....  
 TEL. Domicile : ..... TEL. Portable : ..... TEL. Prof. : .....  
*A la fin de son activité et à l'heure habituelle clairement définie lors de l'inscription, si l'adhérent mineur rentre seul à son domicile, la responsabilité du FLEP ne saurait être engagée ni se substituer à celle du représentant légal du mineur.*  
**Signature obligatoire des Parents :**

**Pour les adhérents licenciés qui s'inscrivent à des activités sportives**

CERTIFICAT MEDICAL REMIS : OUI  NON  Date du Document : ...../...../.....

*Le certificat médical doit dater de moins de 3 ans et de non contre-indication aux activités sportives régulièrement pratiquées au FLEP.*

*Je m'engage à respecter le règlement intérieur mis à la disposition par le responsable de section, ma carte d'adhérent sera délivrée lors de la remise de cette demande dûment complétée et signée, accompagnée du règlement de l'inscription (si possible par chèque à l'ordre du FLEP)*

**Signature obligatoire :**

Cadre réservé à la comptabilité		
Chèque n°	Banque	Montant
Espèces <input type="checkbox"/>	Montant	Date



< 18 ANS

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT**

NOM ET PRENOM DE L'ADHERENT : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL ET VILLE : .....

NUMEROS DE TELEPHONE :

Domicile : ..... Portable : .....

Professionnel : .....

Je soussigné(e) .....

*Autorise les responsables du FLEP à faire pratiquer par les autorités compétentes les actes d'urgence indispensables dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, durant l'activité ou lors d'un déplacement.*

Date :

Signature des parents ou du représentant légal de l'enfant :