



Fédération de Gouren

Bodadeg ar Gouren

10, rue Saint Ernel 29800 LANDERNEAU – 02 98 85 40 48 – federation@gouren.bzh

SKOL GOUREN

NOM :

Prénom :

date de naissance :

sexe M F

adresse :

.....

.....

Téléphone :

Mobile :

Courriel :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____

représentant légal de _____

lien de parenté _____ l'autorise

* à participer aux activités de la Skol Gouren

durant la saison _____, et notamment à participer aux entraînements, démonstrations, tournois, rencontres amicales, compétitions individuelles ou par équipes ...

et autorise la skol en cas d'urgence

* à faire pratiquer sur lui (elle) toute intervention médicale jugée nécessaire.

* J'atteste :

avoir rempli le questionnaire de santé et ne pas avoir à fournir un certificat médical

avoir fourni un certificat médical

Fait à _____ le _____

Signature des parents ou représentant légal

A SIGNER PAR TOUS (parents pour les mineurs)

* J'atteste avoir reçu une information précisant le montant des garanties d'assurance associées à la licence Gouren et avoir été informé(e) des possibilités de souscription de garanties complémentaires.

je souscris à l'une des formules de garanties complémentaires

je ne souscris à aucune des formules de garanties complémentaires

* J'autorise la skol ou la Fédération de Gouren à utiliser à des fins promotionnelles les images susceptibles d'être prises lors des activités :

oui

non

* Je suis informé que mon nom apparaîtra le cas échéant dans les résultats de compétitions publiés.

* J'autorise la skol en cas d'urgence à faire pratiquer sur moi toute intervention médicale jugée nécessaire.

Fait à _____ le _____

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"

Personne à prévenir en cas d'accident :

Téléphone : mobile :



Fédération de Gouren

Bodadeg ar Gouren

10, rue Saint Ernel 29800 LANDERNEAU – 02 98 85 40 48 – federation@gouren.bzh

SKOL GOUREN _____

CERTIFICAT MEDICAL

(pour 1^{ère} licence ou renouvellement adulte après 3 ans ou 1 réponse oui au questionnaire)*

Le-a soussigné-e, Docteur-e _____

certifie que - Monsieur - Mademoiselle - Madame _____

né(e) le _____ demeurant à _____

ne présente pas de contre indication à la pratique des sports et du Gouren en particulier

* à l'entraînement

* en compétition

Fait à _____ le _____

Signature et cachet

Si vous avez répondu NON à toutes les questions du Questionnaire de santé

*atteste avoir répondu NON à toutes les questions du Questionnaire de santé pour renouvellement de licence sportive **

signature du-de la licencié-e (d'un parent pour les mineurs)

Je, soussigné(e)

représentant légal de

* voir notice Certificat Médical

