

FICHE D'INSCRIPTION ESCRIME

SAISON 2026-2027

COORDONNÉES

➤ ESCRIMEUR

NOM D'USAGE :

NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

COMMUNE DE NAISSANCE :

DÉPARTEMENT DE NAISSANCE :

NATIONALITÉ :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE MAIL :

CATÉGORIE :

CERTIFICAT MÉDICAL OU QUESTIONNAIRE FOURNI : ☐ OUI / ☐ NON

➤ REPRESENTANTS LEGAUX

Représentant 1 :

NOM D'USAGE :

NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE MAIL :

Représentant 2 :

NOM D'USAGE :

NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE MAIL :

Ribérac Épée : Siège social : Mairie - 7 rue des Mobiles de Coulmiers - 24600 RIBERAC

Mail: riberacepee@yahoo.fr / Site web: www.riberacepee.com / FacebookRibérac Epée

TARIFS

TARIF COTISATION :

TARIF LICENCE :

TARIF LOCATION MATÉRIEL :

ASSURANCE : ☐ OPTION 0 (avec assurance) ☐ OPTION + (avec assurance+)

Pantalon	Veste	Masque	Gant	Sous cuirasse	Bustier

TOTAL:

MODALITÉS DE PAIEMENT

Licence *(La licence est due dès l'inscription encaissement fin septembre)*

Tous les chèques seront libellés à l'ordre de RIBÉRAC ÉPÉE.

Vous avez la possibilité de payer en plusieurs fois (de septembre à juin),

Si vous choisissez la formule de paiement différé, précisez les dates de dépôts souhaités au dos de chaque chèque. Le 1^{er} chèque sera de préférence du montant de la licence donc non fractionnable.

Possibilité de régler par virement

LES AUTORISATIONS

➤ **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur autorise ma fille, mon fils à pratiquer l'escrime et précise que Madame ou Monsieur viendra chercher mon enfant après les séances à

Si la personne n'est pas l'un des deux parents de l'enfant, merci de donner ses coordonnées.

➤ **AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT**

En cas d'accident ou de maladie aiguë, en fonction des soins nécessaires, le Maître d'armes assurant le cours ou l'un des responsables de l'Association Ribérac Épée fera appel, soit à votre médecin traitant, soit au SAMU et préviendra le plus rapidement possible votre famille. Pour cela, préciser les renseignements suivants :

Nom du médecin traitant :

N° de téléphone :

Adresse du médecin traitant :

Nom de la personne à contacter :

N° de téléphone :

Adresse de la personne à contacter :

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur autorise tout examen, soin, ou intervention chirurgicale nécessaire, et autorise le Maître d'armes assurant le cours ou l'un des responsables de l'Association Ribérac Épée à demander l'admission de en établissement de soins.

Fait àLe Signature

➤ AUTORISATION D'UTILISATION DES IMAGES

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur _____ autorise la diffusion d'images réalisées par l'Association Ribérac Épée, sur le site web, dans la presse écrite, de mon enfant ou de moi-même. La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 « relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés » encadre la mise en œuvre de traitements de données à caractère personnel.

RÉGLEMENTATION

« Les données à caractère personnel, recueillies dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement informatique, sous la responsabilité de la FFE suivant votre qualité de licencié. Ce traitement est destiné à la délivrance des licences et à toutes opérations, y compris de promotion, liées à l'organisation des compétitions dont elle a la charge, et peuvent être transmises à des outils numériques facilitant la vie du licencié dans le cadre de l'activité Escrime. Conformément au Droit européen N°2016/679, applicable depuis le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, et de rectification des données. »

☐ J'ai compris et j'accepte le partage des données dans le cadre strictement prévu

par la loi

☐ Je déclare avoir pris connaissance de la charte Éthique et Déontologique (cf site du club)

☐ Je souhaite recevoir des offres commerciales

☐ Je souhaite recevoir la newsletter fédérale

Fait àLe Signature