

ROLLER HOCKEY 60



DOSSIER D'INSCRIPTION 2016 / 2017

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE __ / __ / ____

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

TÉLÉPHONE* COURRIEL**

Pour les adhérents déjà licenciés pour la saison précédente :

- Je m'engage à régler la somme de **100€** de cotisation annuelle.

Pour les nouveaux adhérents :

- Je m'engage à régler la somme de **130€** de cotisation annuelle. Cette cotisation
- comprend un maillot vierge (pour les joueurs de Roller Hockey) appartenant au club. Il sera prêté puis rendu au club en fin de saison.

Pour les enfants de moins de 16 ans :

- Je m'engage à régler la somme de **80€** de cotisation annuelle. Une réduction de **15€** par enfant supplémentaire issu de la même famille sera appliquée.

J'achète mon maillot aux couleurs du club (Dominante verte)

- Je règle la somme de **25€** au titre de participation à la fabrication (coût réel 50€).
Uniquement pour un premier maillot

NOM N° (sous réserve de disponibilité)

- Je déduit **15€** du Coupon Oise Sport (-18 ans originaire de l'Oise) **TOTAL** €

J'adhère au règlement intérieur du RH60 et en accepte les conditions.

SIGNATURE

NB : La licence ne sera enregistrée qu'à réception d'un dossier complet comprenant le présent document, le certificat médical datant de moins de 3 mois, le paiement de la cotisation (éventuellement du Coupon Oise Sport) et 1 photo d'identité.

* Préférence pour un téléphone mobile (communication via SMS)

** Courriel indispensable pour recevoir la lettre d'information du club

ROLLER HOCKEY 60



AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs de moins de 18 ans)

Je soussigné(e) _____ responsable légal(e) de _____ autorise mon enfant à pratiquer le Roller In Line Hockey et toute autre activité proposée et encadrée par le club Roller Hockey 60 (activités, randonnées, entraînements, matches et déplacements).

Par ailleurs, j'autorise les responsables du club à faire soigner mon enfant en ayant recours, si besoin, à des examens médicaux, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale (anesthésie comprise) en cas de nécessité.

Fait à _____ le _____

Signature du responsable légal

ROLLER HOCKEY 60



CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) Docteur _____ certifie que Mlle, Mme,
M. _____

Cocher la ou les cases correspondantes

- Ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller skating (dans le cas d'une licence loisir)
- Ne présente aucune contre-indication à la pratique du Roller Hockey en compétition (dans le cas d'une licence compétitive)
- Est apte à pratiquer en surclassement dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (joueurs ou joueuses né(e)s entre 1994 et 1995).

Fait à _____ le _____

Signature et cachet du médecin