



FICHE D'ADHÉSION

Saison 2023 - 2024

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

NOM : Nom de jeune fille :
Prénom : Sexe : Masculin Féminin
Date de Naissance : __ / __ / ____ Lieu de Naissance :
Nationalité : Profession/Études :

COORDONNEES DE L'ADHÉRENT

N° Tel Fixe : N° Portable :
E-mail :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Taille t-shirt / K-way : XS S M L XL XXL XXXL
Taille Short / Pantalon : XS S M L XL XXL XXXL

En cas d'urgence prévenir :

NOM : Prénom :
Tel : Lien avec l'adhérent :

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e).....autorise ETR VOLCANO à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies, vidéos ou captations numériques prises dans le cadre associatif. Les images pourront être exploitées et utilisées directement par l'association sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, supports d'enregistrement numérique, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.

ETR VOLCANO s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je me reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes. Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Si vous ne souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre. **Attention !! L'absence de réponse vaut acceptation.**

Je soussigné(e).....déclare avoir pris connaissance du règlement de l'association et des conditions d'adhésion à **ETR VOLCANO** et en accepte les modalités.

A, le

Signature

CERTIFICAT MEDICAL (à faire remplir par le médecin)

Pris en application des articles L231-2 et L231-2-2 du Code du Sport

Je soussigné(e), Docteur

Exerçant à

Certifie avoir examiné ce jour Monsieur/Madame

Date de Naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Lieu de Naissance :

Demeurant à

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique, en compétition, de :

- La course à pied la randonnée Le trail en montagne

Fait à, le

Cachet + signature du médecin

ADHÉSION (cadre réservé à l'administration)

Catégorie de l'adhérent :

- | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|----|
| <input type="checkbox"/> Masters : | <input type="checkbox"/> V1 | <input type="checkbox"/> V2 | <input type="checkbox"/> Seniors | SE |
| | <input type="checkbox"/> V3 | <input type="checkbox"/> V4 | <input type="checkbox"/> Espoirs | ES |
| | <input type="checkbox"/> V5 | | <input type="checkbox"/> Juniors | JU |
| | | | <input type="checkbox"/> Cadets | CA |

L'adhésion est validée sous réserve que l'adhérent transmet les pièces ci-après : *(cocher les cases)*

- Fiche d'adhésion *(au recto dûment remplie et signée)*
- Certificat médical *(ci-dessus dûment rempli et signé) ou joint*

Montant de l'adhésion :

- 60 €/ans coureur et marcheur
- 30€/ans non marcheur-non coureur – enfant de 10 à 17ans *(sous responsabilité et accompagné des parents)*

Régler en : Espèces- CB chèques autre (préciser).....

Cachet de l'association +signature trésorier ou présidente