**Club Alpin de Strasbourg Gymnase de Vendenheim**

**6 bd Poincaré Rue des Châtaigniers**

**67000 Strasbourg 67550 Vendenheim**

**03 88 32 49 13**

Mar 17h30 -19h30, Mer 12h30-14h30, Ven 17h-19h

[secretariat@clubalpinstrasbourg.org](mailto:secretariat@clubalpinstrasbourg.org)

Cours assurés par un moniteur breveté d’Etat, prêt du matériel

|  |
| --- |
| F**ICHE D'INSCRIPTION ECOLE D'ESCALADE**  **saison 2023/2024** |

Nom de l’enfant : Prénom :

Date de Naissance :

Adresse

N° et rue :

Ville : Code postal :

N° de portable : Adresse mail :

**Autorisation parentale : *Je soussigné(e), parent/représentant légal du mineur susnommé l’autorise à participer au cours d’escalade auquel je l’inscris.***

***Signature***

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : Téléphone :

INSCRIPTION AUX COURS:

Mercredi 18h30 – 20h

**Début des cours le 4 Octobre 2023.**

**PAIEMENT:**

Les inscriptions ne sont prises en compte qu'accompagnées du paiement. Chèques à l'ordre du club alpin.

Coût : 100€ pour les cours et 46,90 € pour la licence/assurance responsabilité civile. Règlement par chèques séparés Cours/ Licence (si l’un des parents est membre du CAF, nous consulter)

Si vous désirez souscrire une assurance de personne/assistance/secours nous consulter.

Possibilité de paiement de 1 à 4 fois. Joindre tous les chèques à l'inscription. Ils seront encaissés fin octobre, fin décembre, fin février et avril.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Attestation Questionnaire de santé :

Je, soussigné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, atteste que mon enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a répondu négativement à l’ensemble des questions du questionnaire de santé. (Dans le cas contraire, fournir un certificat médical).

Signature :

DROIT A L’IMAGE

Je, soussigné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, représentant légal de l’enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

* Autorise la mise en ligne de photos de mon enfant prise lors de sortie (uniquement sur le site du Club Alpin).
* N’autorise pas la mise en ligne de photos de mon enfant.

Signature :