



Compagnie d'arc de Conflans Sainte Honorine

Stade Claude Fichot - rue du Bois d'Aulne
78700 Conflans Sainte Honorine
e-mail : compagnie.conflans@free.fr
e-mail secrétaire : secretaire@compagnieconflans.com
site web : www.compagnieconflans.com



Union Sportive de
Conflans Ste Honorine
BP 70029
Tél/fax 01 39 19 34 39

Fiche d'inscription – Saison 2023/2024

Nom : _____	Prénom : _____
Date de Naissance : __/__/____	Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
Adresse : _____	
Code Postal : _____	Ville : _____
Téléphone Fixe : __/__/__/__/__	Mobile : __/__/__/__/__
Email (obligatoire pour la licence) : _____	

Licence : <input type="checkbox"/> Nouvelle <input type="checkbox"/> Renouvellement
Type de licence :
<input type="checkbox"/> Adulte Pratique en compétition <input type="checkbox"/> Adulte pratique en club
<input type="checkbox"/> Adulte sans pratique <input type="checkbox"/> Jeune
Taille de t-shirt souhaitée :
<input type="checkbox"/> 9-11 ans <input type="checkbox"/> 12-14 ans
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL

Arc :	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Classique	<input type="checkbox"/> Poulie	<input type="checkbox"/> Nu
		<input type="checkbox"/> Droitier	<input type="checkbox"/> Gaucher	

<input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir la newsletter de la FFTA et celle de la Compagnie (1 à 2 par mois).
<input type="checkbox"/> J'autorise l'utilisation de mon image (photos, vidéos, ...) par la Compagnie dans le cadre de ses activités statutaires liées à ma pratique du tir à l'arc (site internet, page Facebook).
<input type="checkbox"/> Je demande une attestation d'inscription.

Règlement : Chèque Espèces Virement 1 fois 3 fois

Date : __/__/____
Signature :

Autorisation parentale pour les mineurs :

Je soussigné(e) _____

Agissant en tant que _____

Autorise mon enfant à pratiquer le tir à l'arc.

Date : ___/___/_____

Signature :

Personnes à joindre en cas de besoin :

Nom

Prénom

Téléphone

____/____/____/____/____
____/____/____/____/____
____/____/____/____/____

Autorisation d'hospitalisation :

Je soussigné, _____

Agissant en tant que : Parent

Tuteur

Moi-même

Autorise un responsable à faire pratiquer sur la personne de : _____

Tout acte médical ou chirurgical d'urgence nécessaire à son état, et accepte son hospitalisation au centre hospitalier le plus proche en cas d'accident ou de malaise, dont l'urgence ne permet pas d'attendre l'arrivée d'un proche sur place.

Date : ___/___/_____

Signature :