





# UPSM / CJF - TENNIS DE TABLE

**3 Signatures sont nécessaire sur le formulaire**

## AUTORISATION PARENTALE SAISON 2025 / 2026

Je soussigné (e) :  demeurant à :   
 Adresse :   
 Responsable légal de :

1 <sup>er</sup> Adhérent	2 <sup>ème</sup> Adhérent	3 <sup>ème</sup> Adhérent
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Né(e) le : <input type="text"/>	Né(e) le : <input type="text"/>	Né(e) le : <input type="text"/>
à : <input type="text"/>	à : <input type="text"/>	à : <input type="text"/>

Autorise l'entraîneur du CJF-UPSM ou le cadre responsable majeur à prendre toutes les mesures en cas de nécessité pour l'hospitalisation de mon (mes) enfant (s) si je ne peux être joint.

⇒ Indiquez ci-dessous le (les) numéro (s) de téléphone où le CJF-UPSM peut vous joindre **en cas d'urgence** :

  

Autorise le CJF-UPSM à utiliser toute photo prise de son (ses) enfant (s) ou d'un membre de sa famille lors d'un évènement auquel participe le club, sur ses supports habituels (site internet, rapport d'activités, tableaux d'affichage ...)

Autorise mon enfant à être véhiculé dans la voiture d'une personne désignée pour le transport, à prendre les transports en commun ou les transports collectifs organisés par le club.

M'engage à laisser mon enfant sur le lieu de rendez-vous ou sur le lieu d'entraînement seulement après avoir eu confirmation de la présence d'un éducateur ou d'un dirigeant sur place.

M'engage également à récupérer mon enfant après l'entraînement ou la rencontre

Date :  Signature :

## ADHÉSION AUX REGLES DE FONCTIONNEMENT DU CJF - UPSM

- Je reconnais avoir pris connaissance des statuts, du règlements intérieur et des règles du sport et m'engage à les respecter (Consultation à la salle de BELLEVUE)
- Je reconnais avoir pris connaissance des règles de fonctionnement de la section qui m'ont été remises avec le dossier d'inscription, et déclare y adhérer notamment pour tout ce qui concerne :
  - La pratique du tennis de table et ses obligations (articles 2, 3, 4 et 5)
  - Les responsabilités et assurances (articles 7 et 9)

Date :  Signature :   
 Lu et Approuvé :

## ASSURANCES

- Je reconnais avoir pris connaissance du chapitre assurance.
- Je reconnais avoir satisfait à la visite médical **OBLIGATOIRE** m'autorisant à **pratiquer le tennis de table en compétition** (joindre **OBLIGATOIREMENT** le certificat médical avec le bulletin d'adhésion).

Je pense avoir suffisamment de garanties et ne souhaite pas en souscrire d'autres\*

Je souhaite souscrire une assurance individuelle complémentaire, je m'adresse à la compagnie d'assurance de mon choix\*

\* Veuillez cocher l'une des deux cases

Date :  Signature :   
 Lu et Approuvé :