



FICHE D'AUTORISATIONS LÉGALES

Saison 2021 - 2022

Mineurs

AUTORISATIONS LÉGALES

Je soussigné (nom - prénom) : _____

Représentant légal de (nom - prénom) : _____

- autorise** ou **n'autorise pas** la diffusion sur des supports de communication du club, de photos sur lesquelles pourraient figurer la personne que je représente dans le cadre des activités de Meaux Escalade.
- l'autorise à participer aux différentes activités de Meaux Escalade.
- autorise un responsable ou encadrant de Meaux Escalade à prendre toute disposition utile en cas d'accident.

QUESTIONNAIRE SANTÉ

- Questionnaire santé** : La personne que je représente aura moins de 18 ans jusqu'au 31/08/2022 : Je certifie avoir renseigné le questionnaire santé mineur ([Questionnaire de l'arrêté](#)) chez moi avec la personne que je représente et répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.
- Questionnaire santé** : La personne que je représente aura 18 ans avant le 31/08/2022 ET elle renouvelle son adhésion ET elle a déjà donné un certificat médical il y a moins de 3 saisons : Je certifie avoir renseigné le questionnaire santé ([CERFA 15699*01](#)) chez moi avec la personne que je représente et répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

SINON

- Certificat médical** : La personne que je représente ne rentre pas dans les cas cités plus haut OU elle souhaite fournir un certificat OU elle pratique l'alpinisme : Je certifie avoir fourni [un certificat médical de non contre-indication aux sports statutaires de la fédération](#) établi par le docteur _____ le ___ / ___ / ____.

Dans ce cas, je m'engage à déposer le certificat médical au moment de mon adhésion sur le site.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR et SIGNATURE

Je déclare :

- avoir lu et approuvé le règlement intérieur du club « Meaux Escalade » et m'engage à le respecter (ce dernier est consultable sur notre site rubrique [Ressources/Documents et comptes-rendus](#)) ;
- avoir téléchargé et pris connaissance du contenu du résumé d'assurance fédérale ;
- avoir respecté l'un des deux cas de la rubrique "QUESTIONNAIRE SANTÉ" ;
- avoir pris connaissance qu'en cas de location de matériel et de non-retour de celui-ci au 1er juillet, le chèque de caution de 150€ sera encaissé.

Signature (représentant légal) :

Date : ___ / ___ / ____