

**FICHE D'INSCRIPTION (à compléter en majuscules – merci)**

ENFANT 6-10 ans     PRE-ADO / ADO 10 – 17     MAJEUR ADULTE 18 ANS

05 63 35 47 90  
contact@castres-sn.fr  
**CSN** castres-sn.fr

<b>NOM</b>		<b>PRENOM</b>		<b>ECOLE DE NAT</b>	
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre	Nationalité			
Né(e)le	A	N°Département		<b>Niv1</b>	
Adresse				<b>Niv2</b>	
Code Postal	Ville			<b>Niv3</b>	
Communauté	<input type="checkbox"/> CCAM fournir un justificatif	Autre à préciser		<b>NATATION COURSE</b>	
<b>1<sup>er</sup> Courriel principal</b>				<b>Pole J MONNET</b>	
2 <sup>ème</sup> Courriel ado				<b>Benjamin</b>	
Mobile principal	Mobile			<b>Compétition</b>	
Mobile Ado				<b>NATATION LOISIRS</b>	
Etablissement scolaire				<b>LoisirCollège</b>	
<b>PERE</b>				<b>LoisirLycée</b>	
Nom	Prénom			<b>LoisirAdultes</b>	
Profession	Mobile			<b>Masters</b>	
<b>MERE</b>				<b>Eau Libre</b>	
Nom	Prénom			<b>Aquagym</b>	
Profession	Mobile			<b>Aquatic</b>	
Personne à prévenir en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Père - <input type="checkbox"/> Mère -		Mobile		<b>HandiNat</b>	
<input type="checkbox"/> Autre	Nom, prénom	Lien de parenté	Mobile	<b>ParaNatAdaptée Loisir</b>	
<b>PIÈCES OBLIGATOIRES A FOURNIR</b>		<input type="checkbox"/> Justificatif d'adresse	<input type="checkbox"/> Justificatifs de réduction	<b>ParaNatAdaptée Compé</b>	
<input type="checkbox"/> Certificat Médical	<input type="checkbox"/> Questionnaire santé	<input type="checkbox"/> Droit à l'image/ réseaux sociaux WhatsApp	<input type="checkbox"/> 2 timbres poste «vert»	<b>LACAUNE</b>	
<b>RÈGLEMENT</b>	montant	<b>Moyen utilisé pour le règlement : CB/Virt/Chèque/ Espèces/ ANCV – détails ci-dessous</b>		<b>TRIATHLON</b>	
<b>1-ADHÉSION →</b>	<b>75 €</b>			<b>Jeunes/Adultes</b>	
<b>2-ACTIVITÉ →</b>				<b>PLONGEE</b>	
				<b>Jeunes/Adultes</b>	
				<b>NagesAvecPalmes</b>	
<b>RÉDUCTIONS</b>				<b>Apnée/Tir s/cible</b>	
CACM				<b>AVIRON</b>	
Chèque collégien				<b>Adultes</b>	
PASS'SPORT				<b>SPORT SANTE</b> <b>GRPF</b>	
				<b>Salle</b>	
				<b>AquaSanté</b>	
				<b>GRPF</b>	
<b>TOTAL A RÉGLER →</b>					

<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir la lettre infos du CSN <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas qu'apparaisse ma photo sur les supports du CSN  <b>Je soussigné(e)</b> <small>Nom prénom parents si mineur responsable ou tuteur de l'enfant</small> <input type="checkbox"/> Je certifie exact les renseignements mentionnés sur cette fiche d'inscription <input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à adhérer au CSN, à participer aux séances d'entrainements et m'engage à répondre favorablement aux convocations qui lui seront adressées pour prendre part à des épreuves officielles ou compétitions. <input type="checkbox"/> Je confirme avoir bien pris connaissances des statuts et règlements intérieurs du CSN et m'engage à les respecter. <input type="checkbox"/> En cas d'accident, j'autorise le responsable du groupe à prendre sur avis médical toutes les mesures d'urgence concernant mon enfant.	Photo (format jpg)	Reservé au CSN  Groupe  Jour/Heure
Dossier validé OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Manque		

Ce formulaire est conservé par le CSN –Les données Informatisées sont sauvegardées sur une plateforme de traitement de données payante de protégée accès limité aux administrateurs du CSN

Date :		Pour le CSN Nom Prénom visa
A, LE		
Signature du responsable de l'enfant ou Majeur	→	