**Club Alpin de Strasbourg Gymnase REUSS II**

**6 bd Poincaré 67000 Strasbourg 62 allée REUSS**

**03 88 32 49 13 Strasbourg- Neuhof**

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

secretariat@clubalpinstrasbourg.org

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

|  |
| --- |
| **FICHE D'INSCRIPTION ECOLE D'ESCALADE****Enfants et ados saison 2024/2025** |

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 :

Mardi : 17h45 - 19h15 □ Jeudi : 18h - 19h30 □

PAIEMENT :

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

Coût : 80€ pour les cours et 47,90 € pour la licence/assurance responsabilité civile. Règlement par chèques séparés Cours/ Licence

La Ville de Strasbourg propose – sous conditions de ressources - une Bourse d’aide à la pratique sportive. Possibilité de bénéficier également du Pass’Sport. Dans ce cas la famille ne paie que 20 euros.

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 :