

**FICHE D'INSCRIPTION**

**CATEGORIE**

Jeunes  Entreprise  Adultes

Les responsables de l'événement se réservent le droit de réorganiser les catégories en fonction des participants

Noms de l'Equipe : .....

Pilote A :

Nom/Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : .....Téléphone Portable : .....

Mail : .....Couverture sociale .....

Pilote B :

Nom/Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : .....Téléphone Portable : .....

Mail : .....Couverture Sociale : .....

Pousseurs

Noms	Prénoms	Age	Tel	Couverture Sociale

**Responsabilité PILOTE A : Personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom : ..... Prénom : ..... Tél. Domicile : .....Portable.....

**AUTORISATION**

Je soussigné(e).....

Certifie que mon état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités sportives, culturelles et/ou socio-éducatives.

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise-la ou le responsable de l'événement, à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée. Notamment tout examen, investigation et/ou intervention des équipes médicales nécessités par mon état y compris l'anesthésie générale.

Autorise N'autorise pas la mairie à me prendre en photos filmé ou interviewé par des journalistes ou des photographes dans le cadre de l'événement.

Je suis informé(e) que la perte ou le vol des objets de valeur ne sont pas sous la responsabilité de la Ville de Dumbéa.

**Signature**

**Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »**

**Responsabilité PILOTE B : Personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom : ..... Prénom : ..... Tél. Domicile : .....Portable.....

**AUTORISATION**

Je soussigné(e).....

Certifie que mon état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités sportives, culturelles et/ou socio-éducatives.

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la ou le responsable de l'événement, à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée. Notamment tout examen, investigation et/ou intervention des équipes médicales nécessités par mon état y compris l'anesthésie générale.

Autorise N'autorise pas la mairie à me prendre en photos filmé ou interviewé par des journalistes ou des photographes dans le cadre de l'événement.

Je suis informé(e) que la perte ou le vol des objets de valeur ne sont pas sous la responsabilité de la Ville de Dumbéa.

**Signature**

**Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »**

**Responsabilité Pousseur 1 : Personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom : ..... Prénom : ..... Tél. Domicile : ..... Portable.....

**AUTORISATION**

Je soussigné(e).....

- Certifie que mon état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités sportives, culturelles et/ou socio-éducatives.
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise-la ou le responsable de l'événement, à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée. Notamment tout examen, investigation et/ou intervention des équipes médicales nécessités par mon état y compris l'anesthésie générale.
- Autorise  N'autorise pas la mairie à me prendre en photos filmé ou interviewé par des journalistes ou des photographes dans le cadre de l'événement.
- Je suis informé(e) que la perte ou le vol des objets de valeur ne sont pas sous la responsabilité de la Ville de Dumbéa.

**Signature**

**Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »**

**Responsabilité Pousseur 2: Personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom : ..... Prénom : ..... Tél. Domicile : ..... Portable.....

**AUTORISATION**

Je soussigné(e).....

- Certifie que mon état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités sportives, culturelles et/ou socio-éducatives.
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la ou le responsable de l'événement, à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée. Notamment tout examen, investigation et/ou intervention des équipes médicales nécessités par mon état y compris l'anesthésie générale.
- Autorise  N'autorise pas la mairie à me prendre en photos filmé ou interviewé par des journalistes ou des photographes dans le cadre de l'événement.
- Je suis informé(e) que la perte ou le vol des objets de valeur ne sont pas sous la responsabilité de la Ville de Dumbéa.

**Signature      Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »**

**Responsabilité Pousseur 3 : Personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom : ..... Prénom : ..... Tél. Domicile : ..... Portable.....

**AUTORISATION**

Je soussigné(e).....

- Certifie que mon état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités sportives, culturelles et/ou socio-éducatives.
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise-la ou le responsable de l'événement, à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée. Notamment tout examen, investigation et/ou intervention des équipes médicales nécessités par mon état y compris l'anesthésie générale.
- Autorise  N'autorise pas la mairie à me prendre en photos filmé ou interviewé par des journalistes ou des photographes dans le cadre de l'événement.
- Je suis informé(e) que la perte ou le vol des objets de valeur ne sont pas sous la responsabilité de la Ville de Dumbéa.

**Signature**

**Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »**

**Responsabilité pousseur 4 : Personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom : ..... Prénom : ..... Tél. Domicile : ..... Portable.....

**AUTORISATION**

Je soussigné(e).....

- Certifie que mon état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités sportives, culturelles et/ou socio-éducatives.
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la ou le responsable de l'événement, à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée. Notamment tout examen, investigation et/ou intervention des équipes médicales nécessités par mon état y compris l'anesthésie générale.
- Autorise  N'autorise pas la mairie à me prendre en photos filmé ou interviewé par des journalistes ou des photographes dans le cadre de l'événement.
- Je suis informé(e) que la perte ou le vol des objets de valeur ne sont pas sous la responsabilité de la Ville de Dumbéa.

**Signature      Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »**

**Responsabilité pousseur 5 : Personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom : ..... Prénom : ..... Tél. Domicile : ..... Portable : .....

**AUTORISATION**

Je soussigné(e).....

 Certifie que mon état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités sportives, culturelles et/ou socio-éducatives. Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la ou le responsable de l'événement, à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée. Notamment tout examen, investigation et/ou intervention des équipes médicales nécessités par mon état y compris l'anesthésie générale. Autorise  N'autorise pas la mairie à me prendre en photos filmé ou interviewé par des journalistes ou des photographes dans le cadre de l'événement. Je suis informé(e) que la perte ou le vol des objets de valeur ne sont pas sous la responsabilité de la Ville de Dumbéa.**Signature      Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »**