**Bulletin d’inscription - Saison 2020-2021 Nouvelle Adhésion** 🞏 **Renouvellement** 🞏

|  |
| --- |
| **Adhérents au club** |
| NOM et PRENOM  | Date de naissance | Activité ( X ) | Niveau de ski ou surf à passer | Forfait saison ( X ) | Réservé Club |
| Ski alpin | Surf | Ski de fond | Année certificat médical | Catégorie Licence/Prix |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  **/** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  **/** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  **/** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  **/** |

|  |
| --- |
| **Lieu de départ des bus pour les sorties du Mercredi : Cocher le lieu de votre choix** |
| Conventions/Phare 🞏 | St Alban 🞏 | St Pierre d’Albigny 🞏 | St Jean d’Arvey 🞏 | Aillons 🞏 | Voiture 🞏 |

|  |
| --- |
| **Coordonnées de l’adhérent (ou famille) ou de son représentant légal**  |
| Nom : …………………………………………………….. Prénom : ………………………………………………..Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………..Code Postal : ............................ Commune : ...…………………………………………………………………….....Téléphone Portable : (Mère) : …………………………………. Portable (Père) : ………………………………….E-mail (en MAJUSCULES) : ………………………………………………………………………………………..……...Accord pour réception de mails de la part de la FFS : OUI 🞏 NON 🞏 **AGENTS SNCF :** N° de CP : …………………….. Établissement : …………………………….……………..…….... |

|  |
| --- |
| Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'adhésion à SKI-SNOW USCC et des modalités des sorties du mercredi, notamment celles concernant l’utilisation des forfaits saison aux Aillons-Margériaz. Je suis avisé que :- en cas d’adhésion avec une Licence Carte-Neige RC, les frais de secours sont à ma charge ou celle de mon assurance.- si une facture est émise en début de saison, il ne sera procédé à aucun remboursement.- par mon adhésion à Ski Snow USCC, j’autorise implicitement le club à m’envoyer ses informations par mail.**DROITS A L’IMAGE :** J'autorise SKI-SNOW USCC à utiliser mon droit à l'image pour tous ses supports de communication, sachant qu'à son insu, d'autres personnes physiques ou morales, peuvent utiliser ces photos.**AUTORISATION DÉLÉGUÉE :** J'autorise le responsable de SKI-SNOW USCC (ou son représentant) à prendre, en mes lieux et places, toutes initiatives si, de l'avis d'un médecin, mon (mes) enfant(s) désigné(s) ci-dessus devait(nt) subir une intervention en milieu hospitalier (ou clinique).**Date et signature :** |