

FLEURET COMPETITION 2026-2027

3 séances par semaine

ADHERENT

NOM..... Prénom.....
 Date de naissance..... Lieu de naissance.....
 Nationalité..... Latéralité : ☐ Droitier ☐ Gaucher
 Catégorie : ☐ M9 ☐ M11 ☐ M13 ☐ M15 ☐ M17 ☐ M20 ☐ Senior ☐ Vétéran Surclassement
 Adresse.....
 Code postal.....Ville.....
 Email..... Telephone.....
 Ecole/Profession ☐ Tenue rendue le

RESPONSABLE 1

NOM et prénom
 Email..... Telephone.....
 Profession.....

RESPONSABLE 2

NOM et prénom
 Email..... Telephone.....
 Profession.....

CRENEAUX 3 séances par semaine

- ☐ Mardi 17h00-19h30 ☐ Jeudi 17h00-19h00
☐ Mercredi 18h00-20h00 ☐ Samedi 13h30-15h30 Compet open

REGLEMENT

- ☐ Cotisation individuelle¹ (390€) OU ☐ Cotisation réduction famille 10%¹ (351€)
☐ Licence FFE² (.....selon actualisation FFE) ☐ PassSport^{3*} (-70€)
☐ Loc. tenue⁴ (70€) + prêt bustier pour les filles OU ☐ Loc. partielle⁴

M	SC	V	P	B	VE

☐ Chèque de caution 300€ non encaissé ☐ Achat participatif tenue 800 N⁴

TOTAL 1+2-3+4+5+6

☐ en 3 fois

1/3 +2+4/3 +5+6-3*

1/3+4/3

1/3+4/3

Chèques à l'ordre du Cercle d'Escrime de Cannes, encaissement septembre, janvier, avril

Commande matériel complémentaire

Nb. Le règlement en 3 fois est une facilité de paiement pour un règlement annuel et non un règlement au trimestre. Les cotisations ne sont pas remboursables en cours d'année. Encaissements à l'inscription, en janvier et en avril. Licence à l'inscription.

CERCLE D'ESCRIME DE CANNES



SAISON 2026-2027

ATTESTATIONS DE SANTE / CERTIFICAT MEDICAL

- Pour les mineurs : attestation de santé ci-après ou certificat médical si nécessaire (réponse oui à l'une des questions du questionnaire de santé ou en cas de surclassement)
- Pour les majeurs et vétérans (>40 ans au cours de l'année sportive): Certificat médical standard ou vétéran de moins de trois ans (moins d'un an si >65 ans) ou attestation de santé dans l'intervalle.

Je soussigné.....

☐ Responsable de l'enfant.....

☐ En mon nom, en tant que membre adhérent du Cercle d'escrime de Cannes

atteste qu'elle/il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Informations particulières (allergies alimentaires...) :

Date :

Signature



Saison 2026-2027

AUTORISATION PARENTALE POUR ENFANT MINEUR

Je soussigné.....

Responsable légal de l'enfant (Nom, Prénom)

Autorise mon enfant à pratiquer l'escrime au Cercle d'Escrime de Cannes. J'autorise également les responsables du « Cercle d'Escrime de Cannes » à faire pratiquer tout acte médical d'urgence, justifié par l'état de mon enfant et suivant les prescriptions du médecin.

Date :

Signature :



SAISON 2026-2027

AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE

Je soussigné.....

☐ Responsable de l'enfant.....

☐ En mon nom, en tant que membre adhérent du Cercle d'escrime de Cannes

☐ N'autorise pas

☐ Autorise

Le Cercle d'Escrime de Cannes à publier gratuitement des photos de mon enfant ou de moi-même, prises lors de manifestations sportives lors de la saison 2026-2027 pendant une durée de 5 ans, destinées aux supports suivants :

- ☐ Réseaux et messageries à usage interne, réservé aux adhérents (Whats App...)
- ☐ Compte Facebook ou Instagram du Cercle d'Escrime de Cannes
- ☐ Site Internet du Cercle d'Escrime de Cannes
- ☐ Magazines sportifs spécialisés et presse

Date :

Signature

