



Association Sportive du Golf de Bussy-Guermantes Tél 01.64.66.00.00

GROUPE PERFECTIONNEMENT

ECOLE DE GOLF SAISON 2020/2021

NOM : **PRENOM** :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

VILLE : **CODE POSTAL** :

TEL PERE: **TEL MERE** :

EMAIL IMPERATIF:

ANTECEDENTS MEDICAUX : (Accidents, maladies...)

NIVEAU DE GOLF : (index, ou nombre d'années de pratique) :

PREFERENCE DU JOUR : **MERCREDI APRES MIDI**

SAMEDI APRES MIDI

Les groupes seront constitués de 12 enfants maximum par tranche d'âge et de niveau. Les anciens élèves sont prioritaires sur les nouvelles inscriptions. Les cours seront dispensés le mercredi ou le samedi, pendant 1h30 et une fois par mois de 3h00 pour aller sur le parcours, à partir du mercredi 16 septembre 20**20**

Merci de remplir et de nous retourner ce document **au plus tard le samedi 29 août 2020** à l'accueil du Golf, accompagné d'un chèque de **390€00**, à l'ordre du Golf Bussy-Guermantes. **Le certificat médical obligatoire et une photo sont à joindre à l'inscription.**

Un dossier incomplet ne pourra être retenu.

DATE

SIGNATURE

ffgolf[®]

Fédération Française de Golf

Fédération Française de Golf



Ligue Ile de France de Golf



Comité Départemental de Golf
de Seine et Marne

FICHE D'URGENCE MEDICALE

(Merci d'écrire en lettres majuscules)

Je soussigné(e) / nous soussignés (Nom et prénom du représentant légal ou des représentants légaux) :

Domicilié(e)(s) au :

CP+Ville

Autorise(ent) les membres de l'encadrement administratif et / ou technique du club, du Comité Départemental de Golf de Seine et Marne, de la Ligue Ile-de-France de Golf ou de la Fédération Française de Golf à prendre toutes dispositions en cas de maladie ou d'accident et, notamment, à avertir les services de secours d'urgence (SAMU) afin que le joueur mineur :

(nom et prénom).....

né(e) le

soit orienté(e), vers la structure hospitalière la mieux adaptée.

Le club, le Comité Départemental de Golf de Seine et Marne, la Ligue Ile-de-France de Golf ou la Fédération Française de Golf s'efforceront de prévenir les représentants légaux ou le représentant légal dans les meilleurs délais aux numéros suivants :

N° de téléphone domicile :	
Adresse mail (obligatoire) :	
N° de téléphone domicile :	
Adresse mail (obligatoire) :	
N° portable de la mère :	
N° de téléphone du travail de la mère :	
N° portable du père :	
N° de téléphone du travail du père :	

Nom et N° téléphone le cas échéant d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Observations éventuelles : (traitements médicaux, allergies, autres observations utiles)

Fait à, le.....

Signature du représentant légal /des représentants légaux

NUMEROS UTILES :

Commission Médicale ffgolf : Tel : 01 41 19 77 55 / Fax : 01 41 49 77 22

Medecin.federal@ffgolf.org

SAMU : 15 ou le SMUR le plus proche

Centre antipoison (paris) : 01 40 05 48 48

Pompiers : 18

- Document valable à dater de ce jour et pour toute la saison 2020-2021 (septembre 2020 à juin 2021).



Fédération Française de Golf

Ligue Ile de France de Golf

Comité Départemental de Golf de Seine et Marne

AUTORISATION PARENTALE : PRÉLÈVEMENT NÉCESSITANT UNE TECHNIQUE INVASIVE LORS D'UN CONTRÔLE ANTIDOPAGE CONCERNANT LES MINEURS OU LES MAJEURS PROTÉGÉS.
'En application de l'article R.232-52 du code de sport)

Je soussigné(e) (Nom Prénom) :

Agissant en qualité de père, mère ou **représentant légal de l'enfant mineur ou du majeur protégé**: (Nom Prénom de l'enfant) :
.....

Autorise tout préleveur, agréé par l'Agence Française de lutte contre le dopage ou missionné par la fédération internationale, dûment mandaté à cet effet, à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de phanères) lors d'un contrôle antidopage sur l'enfant mineur ou le majeur protégé :
(Nom et Prénom de l'enfant) :
.....

Ce document devra être présenté au préleveur lors d'un contrôle antidopage invasif. Il est valable pour la saison sportive 2020.

Fait à, le

Signature :

« Article R. 232-52 du code du sport

Si le sportif contrôlé est un mineur ou un majeur protégé, tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, ne peut être effectué qu'au vu d'une autorisation écrite de la ou des personnes investies de l'autorité parentale ou du représentant légal de l'intéressé remise lors de la prise ou du renouvellement de la licence. L'absence d'autorisation est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle. »

L'absence d'autorisation parentale, lors d'un contrôle antidopage invasif, est constitutive d'un refus de se soumettre à ce contrôle et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires à son égard (deux ans de suspension de compétition).

L'original ou une copie doit être conservé par le joueur mineur et devra être présenté, le cas échéant, au préleveur. Une copie doit être transmise au Club du joueur ainsi qu'à sa Ligue d'appartenance.

**AUTORISATION DE PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIE
(pour les mineurs)**

Je soussigné(e) / nous soussignés (Nom et prénom des représentants légaux ou du représentant légal) :

.....
.....

Parent(s) de :	
NOM :	
Prénom :	
Né le :	
Domicilié à :	

Autorise par la présente le Comité Départemental de Golf de Seine et Marne à publier la (des) photographie(s) ainsi que toutes vidéos sur lesquelles mon enfant mineur figure, prises dans le cadre de ses activités de Comité Départemental, pour une durée indéterminée.

La présente autorisation est personnelle et incessible.

Elle est consentie librement et sans contrepartie, notamment financière, et ce quelles que soient la nature et l'importance de la diffusion.

La présente autorisation peut être résiliée à tout moment par le Comité Départemental et/ou les représentants légaux signataires.

Fait à, le.....

Signature du représentant légal/des représentants légaux