

Bulletin d'adhésion saison 2026/2027

☐ Première inscription
 ☐ Renouvellement

Coordonnées du licencié** :

NOM **PRENOM**
Date de naissance / / **Lieu de naissance**
Adresse
Code postal **Ville**
Tél domicile **Tél portable**
Courriel **Profession**

En cas d'accident prévenir ☐ M. ☐ Mme.....		Tél.....
SITUATION**	HANDICAP	
☐ Mineur (Autorisation parentale au verso) ☐ Sous tutelle (Voir au verso) ☐ Adulte ☐ Valide ☐ Bénévole / Aidant / Cadre ☐ Fauteuil ☐ Debout ☐ Accompagnement nécessaire	☐ Amputé supérieur ☐ Non voyant ☐ Mal voyant ☐ Poliomyélite ☐ I.M.C. ☐ Déficient visuel ☐ Déficient auditif	☐ Amputé inférieur ☐ Tétraplégique ☐ Paraplégique ☐ Neurologique ☐ Orthopédique ☐ Post A.V.C. ☐ Autres.....

DISCIPLINE PRINCIPALE →

SPORT LOISIR***	SPORT COMPETITION***
☐ Tir à l'arc ☐ Natation ☐ Tennis de table ☐ Pétanque ☐ Boccia ☐ Cyclotourisme / Tandem ☐ Entretien physique / Musculation ☐ Randonnée / Balades oxygénation ☐ Sarbacane ☐ Yoga ☐ Atelier Langue des Signes	☐ Natation ☐ Tennis de table ☐ Tir à l'arc ☐ Sarbacane
Mention « Loisir » obligatoire sur le certificat médical.	Mention « Compétition » obligatoire sur le certificat médical.

ATTENTION : Joindre obligatoirement un certificat médical de moins de trois mois précisant l'aptitude aux sports et surtout les non contre-indications pour la ou les disciplines choisies en les nommant (Mention compétition ou loisir obligatoire).

Aucune licence ne sera délivrée sans le certificat médical, même si elle est réglée ! Le sportif se verra alors refuser l'accès aux installations sportives.

POSSIBILITE DE REGLEMENT EN PLUSIEUR FOIS (après accord) LE PREMIER VERSEMENT DE 35€ MINIMUM CORRESPOND A LA LICENCE FFH

Joindre à ce bulletin, rempli lisiblement recto-verso et signé : ☐ le certificat médical ;

☐ Bénéficiaire Pass'Sport (Code :) sous réserve de reconduction en 2026.

À déposer au secrétariat du club, à remettre au responsable de section lors du premier entraînement, ou à envoyer à :

Nîmes Handisport – Complexe sportif Saint Stanislas, 101 chemin de la Cigale 30900 Nîmes.

Nouveaux adhérents : Natation : Un entretien préalable avec le Maître-Nageur est nécessaire avant l'inscription, afin de déterminer le programme d'entraînement en fonction du handicap et du niveau de nage. **Sarbacane & Boccia :** Grand handicap, soumis à condition (Accompagnement obligatoire).

☐ **J'accepte de respecter les protocoles d'entraînements ou sanitaires de Nîmes Handisport, ainsi que les différents règlements officiels.

☐ **J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur de Nîmes Handisport. ☐ **J'ai lu et j'accepte le règlement et les conditions d'accès à la piscine des Iris.

****Fait à Nîmes le,** / / **Signature :**

 *A remplir par le secrétariat de Nîmes Handisport. **Mentions obligatoires. ***Cochez les activités souhaitées

* Coupon destiné à la trésorerie. A remplir par le secrétariat de Nîmes Handisport.

COTISATION & DON SAISON 2026/2027 - Nom

☐ Adhérent de plus de 20 ans (Loisir et compétition)	110,00 euros	CH.1 :	€ , le	/	/	/
☐ Adhérent de moins de 20 ans (Compétition)	60,00 euros	CH.2 :	€ , le	/	/	/
☐ Adhérent de moins de 20 ans (Loisir)	50,00 euros	CH.3 :	€ , le	/	/	/
☐ Cadre et bénévole	45,00 euros	CH.4 :	€ , le	/	/	/
☐ Don	 euros	CH.5 :	€ , le	/	/	/

MODE DE PAIEMENT : ☐ Chèque bancaire ☐ Espèces ☐ Virement bancaire (.....X).

Total de la cotisation et des dons saison 2026 / 2027 : €	DATE : / /
--	-------------------------------------

AUTORISATION PARENTALE / REPRÉSENTANT LÉgal / TUTEUR / TUTRICE

Je, soussigné,

Nom : Prénom : Né.e le :

Demeurant à (adresse) :

Téléphone : Courriel :

Agissant en qualité de ☐ père ☐ mère ☐ représentant légal ☐ tuteur ☐ tutrice

Autorise ☐ l'enfant ☐ l'adulte

Nom : Prénom : Né.e le :

A pratiquer (Nommer la ou les disciplines sportives du club) :

En catégorie ☐ loisir ☐ compétition, au sein du club **Nîmes Handisport**, affilié à la **FFH**.

J'autorise aussi, le cas échéant, l'organisateur à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence, dans la mesure où les circonstances obligeraient à un recours hospitalier ou clinique.

Numéro de sécurité sociale du mineur ou de l'adulte :

Médecin traitant (facultatif) : Tél.

Choix de l'unité de soins : ☐ Hôpital public ☐ Hôpital ou clinique privé

(votre choix sera respecté dans la mesure de son existence à proximité du site et de sa compatibilité avec l'état de santé de l'enfant ou de l'adulte).

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas l'enfant/l'adulte à effectuer les déplacements concernant les manifestations sportives en dehors du lieu d'entraînement, en voiture particulière ou en transport en commun.

DROIT A L'IMAGE

☐ J'autorise l'association « Nîmes Handisport » à me photographier et me filmer dans le cadre des différents événements que l'association organise. J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'association, notamment sur le site internet de l'association, ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie des documents réalisés ou de l'association. En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de Nîmes Handisport qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité.

Fait à Nîmes le, / / Signature :

✂

NOTES DU SECRETARIAT