

## Union pour CAthlétisme à Château-Gontier-Craon-Renazé Salle Omnisports Avenue Aristide Briand 53200 Château-Gontier Tél. 02.43.70.49.52 Email upac53@wanadoo.fr — www.upac.asso.fr

« On est tous athlètes, on est tous responsables, on est tous bénévoles ». L'UPAC c'est une équipe où l'engagement de chacun est apprécié quel qu'il soit.

Je souhaite soutenir l' UPAC en apportant ma contribution en devenant bénévole selon les besoins de l'association et ainsi permettre au club de rayonner sur le territoire. OUI / NON

## Inscription UPAC pour la Saison 2024-2025 : Athlète MINEUR

	Licencié(e) en 2023/24 ? : oui * / Non			
N <sup>o</sup> de licence	Nom		Prénom	Sexe
Date de naissance :	Adresse			
Lieu de naissance :	Code postal	Ville		
Date enregistrement	Téléphone	Portable	Email (Obligatoire)	
Je soussigné (e) NomPrénomPère / Mère / représentant légal *				
I/ Autorise mon (ma) fils (fille) NomPrénomprénomdemande son inscription I'UPAC pour pratiquer l'athlétisme en compétition et à l'entraînement.				
2/ Autorise les responsables de l'UPAC, à faire conduire mon enfant, en cas d'urgence, dans un hôpital pour y subir les soins nécessaires, y compris sous anesthésie générale et une éventuelle intervention chirurgicale, après avoir cherché à contacter les parents. J'autorise les responsables à le (ou la) faire sortir de l'hôpital dès que les soins lui auront été prodigués.				
3/ Autorise la reproduction et la représentation photographique (voir conditions sur le site ou au bureau UPAC).				
4/ Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs : Conformément à l'article 1032-45 du Code du Sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technologie invasive, notamment un prélèvement de sang.				
5/ Autorise l'UPAC à souscrire une assurance accident/ assistance proposée par la FFA. (voir conditions sur le site ou au bureau UPAC)				
Fait àLeLeSignature				
Problèmes médicaux à connaître : asthme, allergies, etc				
			······ N <sup>o</sup> de sécurité sociale	
Carte mutuelle / Nom.		Adresse	N <sup>o</sup> adhérent	