



ASSOCIATION LESTREM GYM
DOSSIER D'INSCRIPTION - SAISON 2019 - 2020



Cocher les cases correspondantes (un dossier par adhérent)

BABY (APRES 2013) <input type="checkbox"/>	FILLES <input type="checkbox"/>		GARCONS <input type="checkbox"/>		- SLACKLINE - JUMPLINE <input type="checkbox"/> - TRAMPO	ADULTES <input type="checkbox"/>		déclare par la présente m'inscrire pour la pratique de la gymnastique et/ou autres disciplines au sein du Clud de Lestrem Gym. Je m'engage à fournir toutes les pièces administratives et cotisations qui pourraient m'être demandées pour l'établissement de licences auprès des fédérations dont dépend le club. Je décharge également le club de toute responsabilité ne pouvant lui être directement imputée lors des 2 séances d'essai autorisées, notamment en termes de condition physique. Le responsable demandeur de l'inscription déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscriptions et du règlement intérieur de la Lestrem Gym qui figurent au verso de la présente fiche et les accepte.
	LOISIR <input type="checkbox"/>	COMPETITION <input type="checkbox"/>	LOISIR <input type="checkbox"/>	COMPETITION <input type="checkbox"/>		1 Heure / semaine <input type="checkbox"/>		
	POUSSINE (de 2013 à 2010) <input type="checkbox"/>					2 Heures / semaine <input type="checkbox"/>		
	JEUNESSE (de 2009 à 2006) <input type="checkbox"/>					3 Heures ou + / semaine <input type="checkbox"/>		
	AÎNÉE (de 2005 et avant) <input type="checkbox"/>							
+ NIVEAU LIBRE <input type="checkbox"/>								
ADHERENT :								
NOM : _____ PRENOM : _____ ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____ VILLE : _____ FIXE : _____ PORTABLE : _____ ADRESSE MAIL : _____ DATE DE NAISSANCE : _____								
SI VOUS SOUHAITEZ UNE ATTESTATION DE PAIEMENT, MERCI DE COCHER CETTE CASE <input type="checkbox"/>								
PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :								
NOM : _____ PRENOM : _____ FIXE : _____ PORTABLE : _____ LIEN DE PARENTE : _____								
AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE :								
JE SOUSSIGNE(E) NOM : _____ PRENOM : _____ AUTORISE OU N'AUTORISE PAS (RAYER LA MENTION INUTILE). DATE : _____ SIGNATURE : _____								
CERTIFICAT MEDICAL (DE MOINS DE 3 MOIS) :								
JE SOUSSIGNE(E) DOCTEUR : _____ ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____ VILLE : _____ FIXE : _____ ATTESTE QUE MADAME / MADEMOISELLE OU MONSIEUR _____ EST APTE A PRATIQUER LA GYMNASTIQUE. DATE : _____ SIGNATURE ET CACHET : _____								
Je joins à la présente demande les documents suivants :								
CERTIFICAT MEDICAL (DE MOINS DE 3 MOIS) <input type="checkbox"/> CODE MORAL SIGNE <input type="checkbox"/> FICHE "INFO COMPETITION" SIGNEE <input type="checkbox"/> 2 PHOTOS D'IDENTITE <input type="checkbox"/> MONTANT DE LA COTISATION <input type="checkbox"/> (POSSIBILITE DE PAYER EN 4 FOIS MAXIMUM EN DONNANT LA TOTALITE DES CHEQUES AVEC LE PRESENT DOSSIER)								
VEUILLEZ REMPLIR VOTRE MODE DE REGLEMENT CI-DESSOUS :								
MONTANT	NUMERO DE CHEQUE & BANQUE	LIQUIDES	COUPONS SPORTS OU CHEQUES VACANCES	BONS CAF				
DATE : _____ SIGNATURE OBLIGATOIRE PRECEDEE DE LA MENTION "LU ET APPROUVE" : _____								

à me photographier, filmer dans le cadre de la promotion du club. Je déclare consentir à toute utilisation de mon image pour tout document d'information (plaquette, diaporama, film, ...)

A faire remplir par votre médecin traitant pour la saison concernée

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS,
 Fanny :
 06 71 06 10 80
 OU
 lestremgym-bureau@outlook.fr