

# GYM DETENTE LA PALESTRE CHATEAURENARD

## INSCRIPTION NOUVEL ADHERENT SAISON 2020/2021

L'association garantit la CONFIDENTIALITE DES DONNEES

Ces dernières permettront une meilleure communication (notamment pour être informé en cas d'éventuels changements de programme ou autre) et une prise en compte des particularités et des attentes des participants.

NOM : PRENOM : Date de Naissance : / /

ADRESSE : N° Rue :

### ACTIVITE(S) CHOISIE(S)

Code Postal : Ville :

TELEPHONE : PORTABLE ou Fixe :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

E-mail :

Profession :

*En nous communiquant votre adresse mail, vous consentez à recevoir des informations de type E-mailings et Newsletters de la part de l'association qui s'engage à ne pas divulguer votre adresse à des tiers.*

	CHATEAURENARD	EXTERIEUR
<b>LICENCE Adhésion obligatoire</b>	<b>34€</b>	
<b>COTISATION(S)</b> <i>Précisez les différentes cotisations</i>		
<b>REDUCTION(S)</b>		
<b>TOTAL</b>		

**ESPECES**

**CHEQUE(S) à l'ordre de la PALESTRE (Inscrire son Nom et son Prénom au dos) MAXIMUM 6**

**COUPONS SPORTS, CHEQUES VACANCES, CHEQUES ACTOBI**

**SI VOUS ETES PARRAINE PAR UN MEMBRE DE L'ASSOCIATION :**

Nom/Prénom de votre parrain ou marraine :

Adresse mail de votre parrain ou marraine :

**OBLIGATOIRE : ATTESTATION de non contre-indication à la pratique sportive**

***Vous devez fournir un certificat médical de non contre indication à la pratique sportive datant de moins de 3 mois. Ce certificat, conservé par nos soins, sera ensuite valable 2 ans sauf pour les SENIORS à partir de 60 ans (et sous réserve de répondre NON à toutes les questions du QUESTIONNAIRE SANTE qui vous sera remis pour votre ré-inscription la saison prochaine)***

Je soussigné(e) Mme/Mr .....certifie exactes les informations figurant sur ce document, accepte le Règlement Intérieur et la Charte du Licencié ci-joints, et certifie avoir pris connaissance des présentes conditions de reprise et m'engage à respecter toutes les consignes sanitaires données par l'association pour l'utilisation de la salle.

A ..... le .....Signature

**MERCI de NOTER dans la Mesure du Possible, les COURS AUXQUELS VOUS SOUHAITEZ PARTICIPER CETTE ANNEE**

	Jour	Heure
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Maladie, Allergie, Problème Cardio-Respiration, Problème Ostéo-articulaire, Musculaire, autre, que vous souhaitez signaler aux éducateurs.

1	
2	
3	

Vos attentes particulières, vos appréhensions que vous souhaitez partager avec les éducateurs, vos remarques par rapport aux séances, et autres commentaires...

1	
2	

***Vous avez bien pris note que l'encadrement des séances est assuré par des Educateurs Sportifs professionnels qualifiés et avez bien conscience que le « Risque Zéro » n'existe pas en matière d'activités physiques et sportives. Vous autorisez l'encadrement à prendre les dispositions qu'il jugera nécessaires en cas d'accident en sachant que l'Assurance en responsabilité civile des participants est couverte (dommage causés aux tiers) par la Licence de la F.F.E.P.G.V.***

**Signature**