



ACTIGYM CAVAILLON

ADHÉRENT		Code inscription:	
NOM : _____	PRENOM : _____	GRUPE : _____	DATE DE NAISSANCE : __/__/__
SEXE : F / M			
Nationalité :		Nom du club précédent :	
PARENTS ou REPRÉSENTANT LÉGAL			
NOM : _____		PROFESSION (s) :	
ADRESSE : _____		Quartier :	Code Postal : _____
PÈRE ou Adhérent si majeur		TEL portable : _____	Mails 1 : _____ @
MÈRE ou tuteur :		TEL portable : _____	Mails 2 : _____ @
<p><i>M'engage au sein du club ACTIGYM pour l'année sportive 2019/20 :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - à fournir le certificat médical - à acquitter le montant global de l'inscription - à avoir lu et accepté le règlement ci-join <p><i>Reconnais avoir été informé(e) de la prise en charge de l'assurance FFG, je m'engage prendre à ma charge les dommages corporel ou matériel occasionnés par mon enfant ou moi-même, au travers de mon assurance responsabilité civile ou le cas personnellement. Accepte les risques faibles mais non nul de contagions des virus (covid et autres)</i></p> <p><i>En cas d'accident, je soussigné(e) donne pouvoir aux responsables du club pour entreprendre les démarches d'urgences nécessaires à la prise en charge de l'accidenté(e) par les services de secours les plus proches.</i></p> <p><i>Mentionner les ALLERGIES éventuelles:</i></p>			

Comment nous avez-vous connu ? : _____

PAIEMENT par Chèque (ou Carte bleu + 1,75 %)

Merci d'inscrire au dos du chèque le NOM, Prénom et Groupe de l'enfant . (Chèque libellé à l'ordre d'ACTIGYM CAVAILLON). Encaissement des chèques le 5 de chaque mois à partir de septembre 2020

<u>PARTIE RESERVEE AU CLUB (NE PAS REMPLIR SVP)</u>				
Cotisation :€ +licence et assurance :€ +hors Cavallonnais :€ =€				
- Carte Temps Libre :€ Bénéficie d'un Avoir de : €				
Coéficient caf :				
Mode paiement	Date	Nom émetteur	Montant	Date encaiss.
1-				
2-				
3-				
RECU <input type="checkbox"/> FACTURE <input type="checkbox"/>				
ÉTAPES : 1/ 2/ 3/ 4/				

Fournir : 3 enveloppes timbrées et libellées à votre adresse (si pas d'adresse mail)
 certificat médical du (date) __/__/__ portant la mention « ne présente pas de contre indication à la pratique de la gymnastique de compétition » datant de moins de 3 ans ou Fiche Médicale
 Bulletin d'information 2020/2021 N° 1, 2, 3 « ALLIANZ » dument complété



Fait à CAVAILLON, le

Signature :