

Nom du Groupe : _____

N° de Licence : _____

**BULLETIN D'INSCRIPTION 2022/2023****Fournir** La Fiche **Médicale** jointe Certificat Médical Date __ / __ / ____**ADHERENT**

NOM : _____

Sexe : _____

Date de naissance : _____

Prénom : _____

Nationalité : _____

Club précédent : _____

PARENTS ou RESPONSABLE LEGAL

NOM : _____

Profession(s) : _____

Adresse : _____

Quartier : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Téléphone 1 : _____

Mail 1 : _____

Téléphone 2 : _____

Mail 2 : _____

*M'engage au sein du club ACTI'GYM pour l'année sportive 2022 / 23 :**- à **fournir le certificat médical** ou questionnaire de Santé**- à **acquitter le montant global** de l'inscription* Certifie **avoir lu et accepté le règlement** inférieur de l'association.

Reconnais avoir été informé(e) sur 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)

 N'autorise pas mon enfant à quitter l'enceinte du gymnase seul Autorise mon enfant à être pris en photo selon les conditions stipulées dans le règlement intérieur

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.

*Mentionner les ALLERGIES éventuelles : _____*Comment nous avez-vous connu ? : _____Établissement scolaire Fréquenté ? : _____

Fait à CAVAILLON, le

Signature :
(Précédé de la mention lu et accepté)

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'ACTI'GYM CAVAILLON). Encaissement des chèques le 5 de chaque mois à partir de septembre 2022

PARTIE RESERVEE AU CLUB (NE PAS REMPLIR SVP)

- Code (QS) : --

Cotisation :€ + licence et assurance :€ + hors Cavaillonnais : €

Bénéficie d'une remise (caf, autres) : De : €. **Montant Total€**

Mode paiement	Date	Nom émetteur	Montant	Date encaiss.
1-				
2-				
3-				

RECU

FACTURE

ETAPES : 1 / 2 / 3 / 4



Fait à CAVAILLON, le

Signature :