

Réinscription : oui non

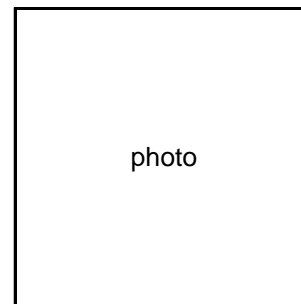
Nom (en majuscule)* : _____

Prénom* : _____

Date de Naissance* : _____

à* : _____

sexe* : masculin féminin



Adresse* : _____



Code Postal* : _____ Ville* : _____



fixe : _____ portable* : _____



E.mail* : _____ E.mail* : _____

Établissement scolaire : _____ classe : _____

Profession du père : _____ ☎ _____

Profession de la mère : _____ ☎ _____

Profession du tuteur : _____ ☎ _____

Nom des parents (si différent de l'enfant) : _____

Personne à prévenir en cas de nécessité :

M. / Mme : _____ ☎ _____

Je soussigné(e), demande l'adhésion à Tempo Gym Elbeuf dont les statuts et règlements intérieurs sont affichés en permanence dans le gymnase.

Je joins à cette demande une photo, le questionnaire et l'attestation de santé, les autorisations (**au verso**), ainsi que ma cotisation d'adhésion. (votre cotisation contribue au fonctionnement de l'association et n'est pas remboursable).

Le _____ **Signature** des parents ou représentant
légal pour les mineurs

* à compléter obligatoirement

TSVP →

PARTIE RESERVEE A L'ASSOCIATION

Activité : _____

photo questionnaire de santé règlement

cotisation annuelle : _____ €

Chèque : _____ €

Règlement : Espèces : _____ €

dates de dépôt espèces :

Virement _____ €

cotisation trimestrielle : _____ / _____ / _____ €

Pass jeunes _____ € fournir attestation

Pass'sport _____ € fournir le courrier

C.V ou C.sport _____ €

Bons CAF : _____ € n° caf :

N° Chèque : _____ Banque : _____ Montant : _____ € le _____

N° Chèque : _____ Banque : _____ Montant : _____ € le _____

N° Chèque : _____ Banque : _____ Montant : _____ € le _____

AUTORISATIONS

N° de Sécurité Sociale : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Nom et N° de Mutuelle : _____

Je soussigné(e) : _____ Père/Mère/Tuteur (rayer les mentions inutiles)

Autorise, d'une part le chirurgien à pratiquer tous actes liés à l'intervention chirurgicale, et à l'anesthésiste réanimateur à pratiquer tous les actes détachables du processus opératoire.

D'autre part, à pratiquer ou faire pratiquer tous les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic, voire le cas échéant dans un autre centre hospitalier.

Ainsi que sa sortie après soins et accord du médecin, sous la responsabilité d'un des cadres de l'association.

Et en cas de nécessité, j'autorise mon enfant à être véhiculé par un membre de l'association.

Autorise également les responsables de l'association à photographier mon enfant et à utiliser son image dans le cadre d'action de promotion (presse, affichage, site internet, ...)

Fait à : _____ Le _____

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Votre enfant a-t-il déjà fait de la gym : oui non

Si oui dans quel club : _____

Comment avez-vous connu notre association : _____

Médias Scolaire Prospectus/calendrier Manifestation (fête du club, etc....)

Autres : _____

Moyen de déplacements pour venir à la salle (voiture personnelle, bus, à pied, avec voisin, ...) :

Autre information à nous communiquer :

Entreprises ou particuliers, vous voulez aider votre club :
Bénéficiez d'une réduction d'impôts en faisant un don (mécène).
Renseignez-vous au secrétariat.

CADRE SECRETARIAT :

