



Certificat
médical du :

Personnes à contacter en cas d'urgence

DOSSIER D'INSCRIPTION 2022-2023

Renseignements sur l'adhérent

Nom : _____ Date de naissance : _____
 Prénom : _____ Sexe : _____
 Email : _____ Téléphone : _____
 Adresse : _____

Code Postal _____ Ville _____

Activités choisies _____ Jour et horaires ou nombre de séances _____

Cession droit à l'image

Autorise le Réveil d'Épernay à reproduire ou publier les photos représentant le gymnaste sur les documents papiers et informatiques utilisés par le club. oui non

Autorisation parentale

Je soussigné(e), M ou Mme

Autorise les représentants légaux du Réveil d'Épernay à faire appel à un médecin si la santé du gymnaste le nécessite et à faire pratiquer, le cas échéant, tout examen complémentaire ou intervention chirurgicale. oui non

représentant légal de l'enfant

Problèmes médicaux :

Autorise mon enfant mineur à quitter le Hall des Sports Pierre Gaspard seul. oui non

Par la présente signature, j'atteste que les renseignements fournis sont corrects, je reconnais avoir pris connaissance du règlement du club et m'engage à le respecter

Date : _____ **Signature** demandeur
(ou représentant légal)

Mineurs sauf compétition : pas de CM sauf réponse oui à une question.
Majeurs : certificat médical fourni au club il y a moins de 3 ans
 J'ai répondu non à toutes les questions
 Je fournis un certificat cette année

NOM, Prénom
 Portable
 NOM, Prénom
 Portable

Attestation	
Je soussigné :	
Nom _____	Prénom _____
(Pour les mineurs)	
Représentant légal de l'enfant _____	
Licence N° _____	Club : _____
Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande de licence à la FFG pour la saison _____/_____	
(Pour les majeurs)	
Licence N° _____	Club : _____
Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à ma demande de licence à la FFG pour la saison _____/_____	
(Pour tous) : atteste avoir répondu NON à toutes les questions.	
Fait à _____ le _____	Signature _____

Adhésion et règlement

Montant de l'adhésion _____ € **Paiement**

Réduction famille (% sur l'ensemble des cotisations) Paiement effectué avec _____

5% (2 membres) 8% (3 membres et +)

Total dû _____ € CB _____ € coup. sport _____ €

chq. vac. _____ € Bons CAF _____ €

Membre(s) de la famille et groupe Esp. _____ € Bons MSA _____ €

Chèque oct. _____ € N° _____

Facilités de paiement 2 chèques si montant restant >200 €
3 chèques si montant restant >300 €

Si règlement pour plusieurs adhérents
(Nom et montant)

1 _____ € Chèque nov. _____ € N° _____

2 _____ € Chèque déc. _____ € N° _____

3 _____ €

Total Famille _____ € Parrainage fitness réalisé par _____