



FICHE D'INSCRIPTION



SAISON 2018/2019

Inscription Réinscription Moniteur Enfant de Moniteur

SECTIONS

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Baby gym | <input type="checkbox"/> GAF | <input type="checkbox"/> Gym tonic-Aérobic-Step | <input type="checkbox"/> Tennis de table |
| <input type="checkbox"/> Gym éveil | <input type="checkbox"/> GAM | <input type="checkbox"/> Pilates | <input type="checkbox"/> Compétition |
| <input type="checkbox"/> Parcours animation mixte | <input type="checkbox"/> Gym Seniors | <input type="checkbox"/> Gym cancer | Tennis de table |



Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : ___/___/___ à : _____

Représentant légal pour les mineurs : _____

Adresse : _____ CP : _____ Commune : _____

N° Téléphone fixe : _____ portable : _____ E-mail : _____

Merci de bien vouloir renseigner un E-mail valide, dans la mesure où les licences sont distribuées exclusivement par E-mail. Nous nous engageons que cet adresse E-mail reste privée et ne seras pas utilisée à des fins commerciales.

TRÈS IMPORTANT

Conformément à l'article L321-4 du Code du Sport nous vous informons de la possibilité de souscrire un contrat complémentaire à l'assurance de base dont les modalités sont tenues à votre disposition. Nous vous prions d'apposer votre signature ci-dessous confirmant que vous avez été prévenue qu'il existait la possibilité de souscrire un tel contrat moyennant une cotisation supplémentaire.

À : _____ le : _____ Signature : _____



Je soussigné _____ autorise la SGL à photographier mon enfant _____ lors de manifestations et de publier les images dans la presse locale ou sur notre site internet www.gym-lutterbach.fr



RÈGLEMENT

Montant de l'inscription : _____ € réglé en numéraire par chèque à l'ordre de SGL

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné : _____ docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mme, Melle, M. _____ et déclare, après étude de son dossier médical, qu'il ou elle ne présente à l'heure actuelle aucune contre-indication à la pratique de la gymnastique de compétition, de maintien ou autre discipline sélectionné ci-dessus.

Fait à : _____ le : ___/___/___

Signature et cachet du Médecin