



# FICHE D'INSCRIPTION

SAISON 2024/2025



Inscription       Réinscription       Moniteur       Enfant de Moniteur

**SECTIONS**

<input type="checkbox"/> Baby gym	<input type="checkbox"/> Gym Douce	<input type="checkbox"/> Pétanque
<input type="checkbox"/> Gym éveil	<input type="checkbox"/> Gym Dynamique	<input type="checkbox"/> Tennis de table
<input type="checkbox"/> GAM-GAF Loisir	<input type="checkbox"/> Pilates, Yoga	

Si vous inscrivez un enfant mineur, veuillez saisir le nom du représentant légal : \_\_\_\_\_

Informations concernant le nouvel inscrit :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

N° Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Code pass-sport : \_\_\_\_\_

**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 cette adresse E-mail reste privée et ne sera 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 prévenu(e) qu'il existait la possibilité de souscrire un tel contrat moyennant une cotisation supplémentaire.*

À : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise la SGL à photographier mon enfant \_\_\_\_\_

www.gym-lutterbach.fr

## RÈGLEMENT

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

## CERTIFICAT MÉDICAL (Obligatoire)

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ 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 sélectionnée ci-dessus.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature et cachet du Médecin