**FEUILLE D’INSCRIPTION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **LAZARE CARNOT** |  **Maison Des Assos** |  **LA FOURCHE** |  **PAVE BLANC** |

**(Faire une croix dans le club d’appartenance )**

**DISCIPLINE PRATIQUEE :** …………………………………………………………………………………………………………

(Votre Pratique parmi : Musculation / Culture Physique / Disciplines de Bien – Etre – Martiales – Danses)

**NOM :** ……………………………………….. **PRENOM :** ……………………………………………………

**Adresse:** …………………………………………………………………………………………………………… **Tel:** …………………………………. **Mail :**…………………………………………………………………….

**Pour les JEUNES :** Date de naissance : ……………………………… Age : **………………………………….**

**Je soussigné(e)** ……………………………………………………………………………………………………………….

(A lire attentivement svp avant de s’engager)

* Reconnais que mon adhésion au club « Gym Loisirs Et Bien Etre » entraine le Respect de son **Règlement Intérieur** dont j’ai pris connaissance sur le site internet du Club.
* M’engage à fournir un Certificat Médical de « **Non contre indication à la pratique** » pour laquelle je me suis inscrit(e).
* Si mon Certificat Médical est valable 3 ans, certifie avoir répondu **par la négative à chacune des rubriques du Questionnaire de Santé** qui m’a été fourni.
* Reconnais ne pouvoir prétendre à aucun remboursement de cotisation sans un Certificat Médical de « Contre Indication à la discipline concernée » **suite à un incident en rapport avec sa pratique** au sein du club, intervenu dans un **délai proche** de mon inscription et délivré dans **la** **quinzaine** suivant l’événement ou en cas de force majeure exposée par courrier au Comité Directeur de l’Association.
* Accepte le Règlement Financier qui prévoit qu’en cas de remboursement **tout trimestre entamé est dû** et qu’une **retenue forfaitaire de 50 €** pour frais de gestion, Assurance Individuelle Accident et Responsabilité Civile sera déduite.

 **Date :** . . . ./ . . . . ./ . . . . . . .  **Signature**

Mention « Lu et Approuvé »

**AUTORISATION PARENTALE A LA PRATIQUE POUR UN MINEUR**

Je soussigné Mr, Mme …………………………………………………………….. domicilié(e) au …………………………………… .………………………………………………….. **autorise mon enfant** …………………………………………………………………….. né(e) le …………………………………… à pratiquer …………………………………..... pour la saison **2018/2019.**

Autorise mon enfant à être transféré à l’hôpital en cas d’urgence : **OUI**  / **NON**

Autorise mon enfant à quitter seul le lieu de l’activité : **OUI**  / **NON**

Personne à prévenir en cas d’urgence : (rayer la mention inutile)

Mr, Mme …………………………………………………………… **Signature du représentant légal**

***Tel portable obligatoire :*** …………………………………..