Gym masculine

SAISON 2014/2015

ADULTES
Nés en 1999 et avant

NOM : _____ Prénoms :_____

Photo

Date et lieu de naissance : _____/_____/_____ à _____

Adresse: _____

CP : _____ Commune_____

Téléphones Fixe __ /___ /___ /___ /___ Portable ___ /____ /____ /____ /____

N° DE LICENCE:

E-mail *(Ecrire très lisiblement)* :_____@_____

Adhésion 30.00 €

Prestations 100.00 €

- ❍ Certificat
- ❍ Photo
- ❍ Règlement
- ❍ Email

Nom du père : _____ _____ Profession _____

Adresse : _____
CP :_____ Commune :

Téléphone ___ /____ /____ /____ /____ Portable ____ /____ /____ /____ /____

Nom de la mère: _____ Profession _____

Adresse : _____
CP :_____ Commune :

Téléphone ___ /____ /____ /____ /____ Portable ____ /____ /____ /____ /____

Autres personnes à prévenir _____
Téléphone ___ /____ /____ /____ /____ Portable ____ /____ /____ /____ /____

Allergies : _____

Comment avez-vous connu l'ASRG ??? _____

DECHARGE

Je soussigné M. Mme Mlle _____

- déclare avoir reçu un règlement Intérieur de l'association ;
- reconnais avoir été informé des possibilités de couverture d'assurance complémentaire auprès notamment de l'assureur de l'association ;
- autorise l'association, en cas d'accident, à prendre toute mesure nécessaire ;
- autorise l'association à faire paraître les photos de mon enfant ou de moi-même prises dans le cadre des activités sur les publications et le site Internet de l'Alerte.

En cas d'hospitalisation, je souhaite être pris en charge par :

- ❍ Hôpital Vienne
- ❍ Clinique Trénel
- ❍ Autre : _____

Fait à _____

Le ____ / ____ / 2014

Signature :