



Gym féminine

SAISON 2014/2015

AINEES
Nées en 2000 et avant

NOM :

Prénoms :

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

Adresse:

CP : ____ Commune ____

Téléphones Fixe ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

E-mail (Ecrire très lisiblement) : ____ @ ____

Photo

N° DE LICENCE:

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 :

- ☐ Clinique Trénel
☐ Hôpital Vienne
☐ Autres ____

Fait à ____

Le ____ / ____ / 2014

Signature :