



FICHE D'INSCRIPTION ACTIVITÉ :

Est-ce une nouvelle adhésion? Oui - Non

Nom : Prénom :

Date de naissance : F M

Adresse :

Ville :

Téléphone : Courriel (bien lisible) :

Numéro de Licence :

- QUESTIONNAIRE SANTÉ à signer et à dater au dos pour toutes activités sportives au démarrage de votre activité sportive .
- CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE à fournir à l'inscription pour les nouveaux adhérents pour les activités physiques et sportives. LES CERTIFICATS MEDICAUX SONT VALABLES 3 ANS.

ENGAGEMENT ASSOCIATIF

ENGAGEMENT : Je soussigné(e)..... m'engage à ne pas demander, sauf en cas de force majeure, le remboursement total ou partiel du montant de la cotisation annuelle pour mon activité. L'adhésion reste dûe. J'adhère après avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et des conditions particulières relatives aux tarifs.

DROIT D'IMAGE : J'autorise l'Amicale Laïque à diffuser dans le cadre non restrictif de la promotion des activités de l'association (journal interne, presse, blog,...) mon image, l'image de mon enfant.

INFO ACTIVITÉ : J'autorise l'Amicale Laïque **Signature :**
à me transmettre des informations
sur les activités de l'association.

ACTIVITÉ CHOISIE (à remplir)

NOM DE L'ACTIVITÉ :

Jour : Horaire :

Jour : Horaire :

Jour : Horaire :

MON ADHÉSION ALLP

22€ Adulte • 15 € Enfant (– 18 ans)
non remboursable (nous ne prenons pas les chèques
vacances ou coupon sport pour l'adhésion)

2020 / 2021



Ref. paiement
.....

2021 / 2022



Ref. paiement
.....

2022 / 2023



Ref. paiement
.....

RÈGLEMENT ACTIVITÉ (S)

- 1 chèque de€ encaissé le 15 octobre
OU
- 2 chèques
- le 1^{er} de€ encaissé le 15 octobre
- le 2^e de€ encaissé le 15 janvier

2020 / 2021

.....€

{€

{€

2021 / 2022

.....€

{€

{€

2022 / 2023

.....€

{€

{€



ATTESTATION

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé **QS-SPORT Cerfa N°15699*01** et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du licencié :

POUR LES MINEURS :

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

en ma qualité de représentant(e) légal(e) de :

Nom :

Prénom :

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé **QS-SPORT Cerfa N°15699*01** et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du représentant légal :