Fiche d'inscription

Renouvellement

Nom de Famille :

Adresse :

Commune :

1

Nom	Prénom	Sexe		Date Naissance
		M ☐	F ☐	
Section				
E-mail		Téléphone mobile		

2

Nom	Prénom	Sexe		Date Naissance
		M ☐	F ☐	
Section				
E-mail		Téléphone mobile		

3

Nom	Prénom	Sexe		Date Naissance
		M ☐	F ☐	
Section				
E-mail		Téléphone mobile		

COTISATIONS

VTT	60€	☐
VIET VO DAO Adulte	110€	☐
VIET VO DAO Enfants	81€	☐
Running	30€/15€ (Ados)	☐
Danse	140€	☐
YOGA Adulte	140€	☐
YOGA Enfants et Ados	140€	☐
STEP (annuelle)	125€	☐
Cormi'GRAFF	30€/stage	☐
En avant la musique.	35€/trim	☐
Focal'icy		☐

Cotisation totale :

-5% pour 2 membres ou activités
-10% pour 3 membres ou activités
-15% pour 4 membres ou activités
-20% pour 5 membres ou activités ou plus

à : le :

Signature :

Droit à l'image:

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,
responsable légal de l' enfant.....
demeurant

autorise l'ABEP, à utiliser, exposer, copier, modifier, distribuer, publier, en tous lieux, par tous moyens, formes et formats, en tout nombre, l'image de mon enfant ainsi que des reproductions de celle-ci, en tous temps et en tous lieux, sans droit à contrepartie supplémentaire et sans restriction.

En ma qualité de représentant légal de l'adhérent, je confirme avoir pris connaissance des informations mentionnées, ci-dessus. J'en accepte le contenu dans son intégralité et je m'engage personnellement à ce que les participants respectent et exécutent les accords mentionnés ci-dessus.

Fait àle

signature (précédée de la mention manuscrite « Bon pour acceptation de toutes ces dispositions sans réserves en ma qualité de représentant légal »)

AUTORISATION POUR LES MINEURS :

Je soussigné(e) autorise mon enfant à s'inscrire à l'ABEP et à participer aux activités proposées. Je m'engage à être présent avant la fin de l'activité et d'attendre le retour de mon/mes enfant(s) si l'activité se poursuit. En cas d'accident, j'autorise les responsables de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Nom et adresse du médecin traitant :

.....

Téléphone :

allergies: je signale tout type d'allergie (alimentaire, médicaments,).....

Téléphone du responsable 1 :

Portable du responsable 1 :

Téléphone du responsable 2:

Portable du responsable 2:

Uniquement pour les plus de 10 ans : J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité et je préviens le plus rapidement possible les responsables en cas de non retour de mon/mes enfant(s).

(Cochez la case correspondante) Oui Non

Fait àle