



SAISON 2023 - 2024

Dossier d'inscription

## Total body Adultes

### ADHÉRENT·E

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né·e le : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : 0 \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Personne à joindre en cas d'accident Nom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

#### AUTORISATION DE SOIN:

Autorise par la présente, en cas d'accident tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.

Autorise le responsable de l'association ou l'animateur à prendre toutes mesures utiles, dont l' admission en établissement de soin.

OUI  NON

#### AUTORISATION DU DROIT À L'IMAGE:

Autorise par la présente, que photos et vidéos de moi soient prises et diffusées sur tous les médias mis à la disposition de l'association

(journaux généralistes, site, ...) Si je ne le souhaite pas, je dois en avertir le président par lettre remise en main propre.

OUI  NON

Je dégage l'animateur, le président, les membres du bureau de l'association de toute responsabilité.

Je déclare avoir pris connaissance des informations et des statuts de l'association et m'engage à les respecter.

Date et signature obligatoire de l'adhérent (mention 'lu et approuvé')

Pièces à joindre

**Règlement** : 1 chèque\* (120€ octobre)  ou 3 chèques (50€ octobre), (35€ janvier), (35€ avril)

**Récépissé** du questionnaire de santé. **Certificat médical conseillé pour une nouvelle inscription**

\* chèque à l'ordre de → SLC

**Reprise des cours : MARDI 12 SEPTEMBRE**