



# Bulletin d'inscription AQUAGYM Saison 2019 / 2020

<del>Cadre réservé au club, ne rien inscrire, SVP</del>	
Dossier Reçu le .....	.....
Par .....	.....
<input type="checkbox"/> Certificat Médical	
<input type="checkbox"/> Paiement	

## Informations sur l'Adhérent :

Nouveau Membre       Renouvellement (inscrit saison 2018 / 2019)

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_ Sexe : F / H

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Email (obligatoire): \_\_\_\_\_

## Personnes à contacter en cas d'urgence :

Prénom :		Médecin traitant
NOM :		
Tél. :		

Renseignement médical utile à connaître (exemple : asthme, contre-indication, traitement dont la présence est nécessaire au bord du bassin, ....): \_\_\_\_\_

## Inscription au(x) cours d'Aquagym:

Jours et Horaires des séances	<input type="checkbox"/> Lundi 19h30	<input type="checkbox"/> Mardi 19h 30	<input type="checkbox"/> Jeudi 19h10	<input type="checkbox"/> Vendredi 19h15
			<input type="checkbox"/> Jeudi 20h10	

## Certificat médical (l'option 1 est obligatoire pour tout nouvel adhérent):

(Option 1)  Je joins un certificat médical daté du \_\_\_\_\_

(Option 2)  J'atteste :

- Avoir fourni au club un certificat médical de non contre-indication à la natation/ la natation en compétition
- Ne pas avoir eu d'interruption depuis la fourniture de ce certificat
- Avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé (art A 231.1 du code du sport)

**Cotisation :** Pour bénéficier du tarif Cugnalais, fournir un justificatif de moins de 3 mois au nom de l'adhérent. Les dossiers d'inscription des membres d'une même famille doivent être déposés ensemble.

	Tarif de base		Réductions possible			
	Cugnalais	Non Cugnalais	2eme pers	3ème pers & suivant	Inscription le 01/01 et le 01/04	Inscription après le 01/04
Aquagym 1 séance /sem	210 €	230 €				
Aquagym 2 séances /sem	290 €	310 €	-40 €	-50 €	-50 €	-100 €

La cotisation comprend : la licence, un porte clef / jeton

## MONTANT DÛ POUR CET ADHERENT (Tarif de base – réduction)

Nombre de chèques fournis:  1    2    3   Titulaire du chèque/banque \_\_\_\_\_

Je souhaite recevoir une attestation de paiement (elle sera renvoyée par mail).

J'accepte que les photos, prises de vues réalisés dans le cadre de ma participation aux activités soient publiées et diffusées (presse écrite, livre, radio, télévisions, etc ...) sans avoir droit à une compensation.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations minimales de garantie de base « accident corporel » attachées à la licence FFN.

A : \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,      Signature de l'adhérent :