

Merci de compléter en lettres majuscules et en chiffres bien écrits pour éviter toute erreur de lecture.

**RENSEIGNEMENTS LICENCIÉ (e)**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe : H F  
Adresse : ..... Code postal : .....  
Ville : ..... Téléphone fixe : .....  
E. MAIL : ..... Téléphone portable : .....

**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DU SPORT**

Je soussigné(e), Docteur.....  
Certifie le ...../...../ 201.....avoir examiné .....  
et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du Fitness.

CACHET DU MEDECIN A....., le...../...../ 201  
Signature du Médecin.

**Attestation santé pour le renouvellement d'une licence sportive FSCF pour la saison 2019-2020**

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive :.....

Je, soussigné(e), .....atteste sur l'honneur,  
avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

**Signature**

A....., le.....  
Signature du pratiquant ou de son représentant légal

**DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné(e) .....  
 **autorise**  **autorise sous certaines conditions\***  **n'autorise pas**  
le Cercle Gymnique du RUSSEY à utiliser mon image (pour les adultes) ou l'image de mon enfant (pour les mineurs) sur photo ou vidéo pour illustrer des diaporamas ou des panneaux photos ou tout autre support électronique qui présente l'association.

**Signature**

\* Conditions particulières :.....

**COTISATION**

Trimestre : septembre à décembre, janvier à mars, avril à juin.

Chaque trimestre commencé est dû en totalité. Possibilité de payer par trimestre ou en totalité.

1 trimestre 70 €	2 trimestres + 40 €	3 trimestres + 30 €
Chèque <input type="checkbox"/> Signature	Chèque <input type="checkbox"/> Signature	Chèque <input type="checkbox"/> Signature
Espèces <input type="checkbox"/>	Espèces <input type="checkbox"/>	Espèces <input type="checkbox"/>

**RECAP. DOC. A FOURNIR**

- Le présent document rempli et signé avec le certificat médical ou l'attestation santé
- Le règlement de la cotisation

Cadre réservé au référent de section

Prix cotisation réduite :