

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 ...../...../ 202..... avoir examiné .....  
et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du Fitness.

CACHET DU MEDECIN A....., le...../...../ 202  
Signature du Médecin.

**Attestation santé pour le renouvellement d'une licence sportive FSCF pour la saison 20...-20...**

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.

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

**Signature**

**DROIT A L'IMAGE\*** \* Si cette rubrique n'est pas complétée, nous considérons que vous donnez votre accord.

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.

\* Conditions particulières :.....

**Signature**

**RECAP. DOC. A FOURNIR**

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

Cadre réservé au référent de section

Prix cotisation réduite :