

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

RENSEIGNEMENTS LICENCIÉ (e)

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

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 examinéet n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du Fitness.

A.....,
le...../...../ 202

CACHET DU MEDECIN

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

COTISATION ANNUELLE

FITNESS 150 €

Payée le

Mode de règlement

Chèque Espèces

RECAP. DOC. A FOURNIR

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

Cadre réservé au référent de section

Prix cotisation réduite :