AMICALE DE VILLENEUVE LA GARENNE

***Partie réservée au club***

* Photo
* Questionnaire médical
* Licence
* E-Club
* Bon CAF

**FICHE D’INSCRIPTION 2023/24 – GYMNASTIQUE**

Pensez à compléter le questionnaire médical

***Groupe :***

# INFORMATIONS ADHERENTS

**Nom :** ........................................................................................................... **Prénom :** .....................................................................

**H**  **F** 

**Adresse postale :** .........................................................................................................................................................................**CP :** ..........................

**Ville :** ........................................................................................................... **Date de naissance :** \_ \_/ \_ \_/ Nationalité : **FR** 

# Problèmes de santé / Allergies / traitements :

.................................................................................................................................................................................................................................

**Pour les adhérents de moins de 18 ans**

**Parent référent (sera contacté en cas d’urgence)** Père  Mère  Autre (Précisez)  .....................................................................

**Nom :** .................................................................................................... **Prénom :** .............................................................................................

**Adresse postale :** ..............................................................................................................**CP :** ..................................................

**Ville :** ..................................................................................................................................

# Mobile : …………………………. Num WhatsApp si différent : …………………………. Tél professionnel : ……………………………

**Mail (en MAJUSCULES) :** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l l l\_\_l\_\_l l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_

* En cochant cette case vous autorisez l’AVG à vous communiquer les modifications de planning ou informations utiles.

**Parent 2** Père  Mère  Autre (Précisez)  **Nom :** .................. …………. **Prénom :** ................................…………

**Adresse postale :** ............................................................................................................. **CP :** ..........................................

**Ville :** ..................................................................................................................................

# Mobile : …………………………. Num WhatsApp si différent : …………………………. Tél professionnel : ……………………………

**Mail (en MAJUSCULES) :** l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l l l\_\_l\_\_l l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l l\_

* En cochant cette case vous autorisez l’AVG à vous communiquer les modifications de planning ou informations utiles.

# Autorisation parentale (obligatoire)

Je soussigné(e), autorise mon enfant à pratiquer l’activité choisie et à effectuer des déplacements éventuels. En cas

d’accident de l’enfant, j’autorise le ou les responsables à prendre, sur avis médical, toute mesure d’urgence tant médicale que chirurgicale. J’autorise mon enfant a quitté seul le lieu d’activité :  OUI  NON

# Traitement des données - Droit à l’Image – Publication

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d’un droit d’accès, de mise à jour et de rectification aux informations qui vous concernent.

Je soussigné(e),  autorise  n’autorise pas, l’AVG à reproduire ou représenter les photographies

ou vidéos prisent par le club, me représentant moi ou mon enfant, pour les usages suivants : plaquette de présentation du club, journal de la ville, site web, réseaux sociaux, à des fins informatives sur la vie du club.

# Assurance

**Je déclare être bien informé de l’intérêt à souscrire une assurance « individuelle accident » avec des capitaux complémentaires couvrant les dommages corporels auxquels peut m’exposer la pratique sportive.**

J’ai conscience que cette assurance est facultative mais fortement recommandée et peut être souscrite auprès de l’assureur de mon choix ou auprès du cabinet du club AXA. Des bulletins de souscription sont disponibles au bureau de l’AVG Club Omnisports.

# Je certifie exacte les informations communiquées ci-dessus et déclare avoir pris connaissance des conditions générales et du règlement intérieur de la section.

***Signature de l’adhérent ou de son représentant***

**Fait à Villeneuve-la-Garenne, le** ....................................................

**Partie réservée au club**

|  |
| --- |
| REGLEMENT |
| DATED’ENCAISSEMENT | N°CHEQUES*Indiquez le numéro*BANQUE | PRLV | CB | ESPECES | ANCV VACANCES | CAF | ANCVCOUPONS SPORTS | PASS +92(aide dep) | PASS SPORT | AUTRE :………………... | **MONTANT** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |