



DEMANDE d'inscription Saison 2019-2020

L'inscription sera validée si ce dossier est remis complet à la SMB
En cas d'arrêt pour quelque motif que ce soit, **aucun remboursement** ne sera effectué.



GROUPE et HORAIRE CHOISIS : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : I _ I _ I _

Sexe : Féminin

Masculin

Adresse : _____

CP: I _ I _ I _ I _ I _

Ville: _____

☎ : I _ I _ I _ I _ I _

Portable: I _ I _ I _ I _ I _

Mail : (en Majuscules) _____

Profession des parents pour les mineurs Père : _____

Mère : _____

**Photo à
coller
Obligatoire**

AUTORISATION PARENTALE A COMPLETER OBLIGATOIREMENT :

Je soussigné(e), _____ agissant pour mon enfant (Nom Prénom) _____

1- autorise les responsables à prendre, en cas d'urgence, toutes les dispositions jugées nécessaires lors des entrainements, stages ou compétitions.

2- M'engage à respecter les modalités suivantes :

Vérifier la présence du responsable de mon enfant dans le gymnase avant de le laisser

Récupérer mon enfant à l'heure précise de la fin de son cours

Dégager le club de toute responsabilité en cas de vol dans les vestiaires ou salles.

Reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur consultable sur le site internet

A _____, le _____

Signature des parents ou tuteur :

DROIT A L'IMAGE A COMPLETER OBLIGATOIREMENT :

Je soussigné(e).....

Ou Responsable légal:

Nom prénom de l'enfant:

Autorise la SMB, par la présente à filmer et/ou à photographier et à diffuser sur notre site internet et notre facebook club.

N'autorise pas la SMB, par la présente à filmer et/ou à photographier et à diffuser sur notre site internet et notre facebook club.

Fait à : Le

Signature du responsable :

Cotisation (cadre réservé au secrétariat)

Montant

Espèce ou Chèque n° _____ le ___/___/___ Montant : _____

Espèce ou Chèque n° _____ le ___/___/___ Montant : _____

Espèce ou Chèque n° _____ le ___/___/___ Montant : _____

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR VALIDER L'INSCRIPTION:

Un certificat médical d'aptitude à la pratique de l'activité choisie (à indiquer) de moins de 3 mois ou questionnaire de santé

