



FICHE INDIVIDUELLE MINEUR 2017/2018

PHOTO

ADHÉRENT | Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F M

Date de Naissance : _____ e-Mail : _____

N° Licence Section Catégorie Groupe

Réservé au Club

INSCRIPTION | Nouvelle Renouvellement Mutation

AP CM @ T E PH Découverte Loisirs Compétition

COTISATION €

Acompte 1 _____ € | _____ | _____
(Somme) (Date) (Mode de Paiement)

Acompte 2 _____ € | _____ | _____
(Somme) (Date) (Mode de Paiement)

Acompte 3 _____ € | _____ | _____
(Somme) (Date) (Mode de Paiement)

BABY GYM

MA ME SA

ECOLE DE GYM

MA ME SA

RYTHMIQUE

ME VE

MODERN JAZZ

HIP HOP

GYM LOISIRS

ACRO

GFL

SENIOR

ZUMBA

GAF

GAM

TEAMGYM

TUMBLING

REPRÉSENTANT LÉGAL | PÈRE

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Tel : _____

E - Mail : _____

Profession : _____

REPRÉSENTANT LÉGAL | MÈRE

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Tel : _____

E - Mail : _____

Profession : _____

BON DE SORTIE | Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : _____

donne l'autorisation à mon enfant de partir seul du gymnase après les cours : **THORÉ** oui non | **CAMUS** oui non

Etablissement scolaire fréquenté: _____ Nombre de frères & sœurs : _____

Par quel moyen avez-vous connu l'AGM ?

Bouche à oreille Site Internet Sport en Fête Brochure Ville du Mans Journaux Démonstration

Autre, précisez _____

Je déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'Association **Avant- Garde Le Mans** à laquelle mon enfant adhère. J'autorise la publication de photos /vidéos dans le cadre de l'activité sportive, pour diffusion.

Fait à _____, Le _____ Signature (obligatoire)
ajouter la mention « lu et approuvé »



AUTORISATION REPRÉSENTANT LÉGAL 2017/2018

ADHÉRENT | Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F M

Date de Naissance : _____ N° Sécurité Sociale : _____

Médecin Traitant : _____ Date de la visite médicale : _____

REPRÉSENTANT LÉGAL | Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code Postal : _____

Ville: _____ Tel: _____

EN CAS D'URGENCE |

Personne (1) à prévenir (nom, prénom) : _____

Tel : _____

Personne (2) à prévenir (nom, prénom) : _____

Tel : _____

VACCINATION |

Diphtérie Tétanos Coqueluche Polio BCG

Recommandations médicales | Contre-indications médicales, allergies, etc ...

En cas d'hospitalisation | Hôpital Clinique | préciser le nom _____

J'autorise les responsables de l'Avant-Garde du Mans, en cas d'accident ou de maladie, à prendre toutes les disponibilités nécessaires à l'intérêt de mon enfant (soins dentaires, interventions chirurgicales, etc ...).

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités spécifiques organisées par l'encadrement.

Fait à _____ , Le _____ Signature (obligatoire)
ajouter la mention « lu et approuvé »