FICHE INDIVIDUELLE ADULTE 2019/2020

PHOTO

ADHÉRENT | Nom : ______________________ Prénom : ______________________

Date de naissanse : ______________________ Nationalité (s) : ______________________ Sexe : ☐ F ☐ M

N° Licence ☐ **Fédé** ☐ **Entraineur** ☐ **Groupe** ☐

Réservé au club **INSCRIPTION |** ☐ **Nouvelle** ☐ **Renouvellement** ☐ **Mutation**

☐ CM / QS ☐ @ ☐ T ☐ E ☐ PH ☐ Loisirs ☐ Compétition

COTISATION ☐ €

Paiement 1 ________ €|________|________
(somme) *(date)* *(mode de paiement)*

Paiement 2 ________ €|________|________
(somme) *(date)* *(mode de paiement)*

Paiement 3 ________ €|________|________
(somme) *(date)* *(mode de paiement)*

☐ **TUMBLING**	☐ **MODERN JAZZ**	☐ **GAF**
☐ **FITNESS**	☐ **GYM LOISIRS**	☐ **GAM**
☐ **SÉNIOR**	☐ **KRAV MAGA**	☐ **TEAMGYM**
☐ **ZUMBA**	☐ **FREESTYLE**	

INFORMATIONS ADHÉRENT |

Adresse : ______________________

Code Postal : ______________________ Ville : ______________________

Tel : | | | | | | | | | | Port : | | | | | | | | | | | Tel pro : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

E-mail : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Profession : ______________________ Employeur : ______________________

RECOMMANDATIONS MÉDICALES | En cas d'hospitalisation : ☐ Hôpital ☐ Clinique , Préciser : ______________________

Recommandations médicales (maladies, traitements, allergies, etc ..) : ______________________

Médecin traitant : ______________________ Date de la visite médicale : ______________________

Personne à prevenir en cas d'urgence (Nom, Prénom) : ______________________ Tel : ______________________

Par quel biais avez-vous connu l'AGM ? ☐ Bouche à oreille ☐ Internet ☐ Sport en Fête ☐ École ☐ Démonstration

☐ Brochure ville du Mans ☐ 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 pour diffusion web et print dans le cadre de l'activité sportive.

Fait à ______________________ , Le ______________________ Signature (obligatoire)

ajouter la mention « lu et approuvé»