FICHE INDIVIDUELLE
MINEUR
2020/2021

PHOTO

ADHÉRENT | Nom : _____ Prénom : _____

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

Établissement scolaire féquenté : _____ Nombre de frères / soeurs : _____

N° Licence _____ **Fédé** _____ **Entraineur** _____ **Groupe** _____

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

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

COTISATION _____ **€**

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

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

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

☐ **BABY GYM**
☐ **BABY DANSE**
☐ **ECOLE DE GYM**
☐ **RYHTMIQUE**
☐ **GYM LOISIRS**
☐ *MA* ☐ *ME* ☐ *JE* ☐ *VE* ☐ *SA*

☐ **MODERN JAZZ**
☐ **FREESTYLE**
☐ **TUMBLING**
☐ **FITNESS**
☐ **SENIOR**
☐ **KRAV MAGA**

☐ **GAF**
☐ **GAM**
☐ **TEAMGYM**

REPRÉSENTANT LÉGAL | **STATUT 1 :** _____

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

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

E-mail : _____

_____

Profession : _____

REPRÉSENTANT LÉGAL | **STATUT 2 :** _____

Nom, Prénom : _____

Adresse : *(si différente)* _____

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

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

E-mail : _____

_____

Profession : _____

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

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

Médecin traitant : _____ Date de la visite médicale : _____

Autre personne à prevenir en cas d'urgence (Nom, Prénom) : _____ Tel : _____

AUTORISATIONS | Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : _____

(cocher la case pour donner autorisation)

☐ autorise mon enfant à quitter seul le gymnase et/ou les locaux de l'AGM

☐ autorise les responsables de l'Avant-Garde du Mans, en cas d'urgence dans le cadre de l'activité à prendre toutes les disponibilitésnécessaires à l'intérêt de mon enfant (soins dentaires, interventions chirugicales, etc ...)

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

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

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»

AVANT GARDE DU MANS | 45 rue Thoré, 72000 Le Mans | 02.43.75.38.09
www.avant-garde-lemans.com | email : avantgardelemans@gmail.com