



I	C	P	L

# FICHE INDIVIDUELLE ADULTE 2022 / 2023

PHOTO



**ADHÉRENT** | Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité (s) : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

N° Licence  Fédé  Entraîneur  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 prévenir 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 »*