



I	C	P	L

# FICHE INDIVIDUELLE ADULTE 2023 / 2024

PHOTO



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

N° Licence  Fédé  CAF  Groupe

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

HA  CHQ  ESP  CB  ANCV  CM / QS  @  T  PH

COTISATION  €

Loisirs  Compétition

<input type="checkbox"/> ZUMBA	<input type="checkbox"/> MODERN JAZZ	<input type="checkbox"/> TEAMGYM
<input type="checkbox"/> CIRCUIT TRAIN.	<input type="checkbox"/> KRAV MAGA	
<input type="checkbox"/> RENFO	<input type="checkbox"/> PARKOUR	
<input type="checkbox"/> SÉNIOR		

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

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

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

**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  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 »