

Licencié(e)		(*) Champs obligatoires à compléter	
Nom*		Adresse postale*	
Prénom*			
Date de naissance*			
Groupe (Précisez le nombre d'heures)		Téléphone*	
		e-mail*	
Mon C.E. souhaite recevoir une facture au nom du : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> du licencié			
Numéro de facture :		Expédiée le :	

PHOTO

Personne à prévenir en cas de besoin				(*) Champs obligatoires à compléter			
<input type="checkbox"/> père		<input type="checkbox"/> mère		<input type="checkbox"/> autre : _____		<input type="checkbox"/> père	
<input type="checkbox"/> mère		<input type="checkbox"/> autre : _____		<input type="checkbox"/> père		<input type="checkbox"/> mère	
<input type="checkbox"/> autre : _____		<input type="checkbox"/> père		<input type="checkbox"/> mère		<input type="checkbox"/> autre : _____	
Nom*		Nom*		Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*		Prénom*		Prénom*	
Téléphone*		Téléphone*		Téléphone*		Téléphone*	
e-mail*		e-mail*		e-mail*		e-mail*	
Profession		Profession		Profession		Profession	

Médecin traitant		(*) Champs obligatoires à compléter	
Nom*		Adresse*	
Téléphone*			
Allergie(s) connue(s)*			

Adhésion assurance complémentaire AXA (conseillée)	
<input type="checkbox"/> OUI et je déclare (nous déclarons) avoir pris connaissance de la notice d'informations téléchargeable sur www.fscf.asso.fr	<input type="checkbox"/> NON et je déclare (nous déclarons) avoir été informé(s) et incité(s) par le club à souscrire cette assurance complémentaire au régime obligatoire.
<input type="checkbox"/> MINI (1,90 €) <input type="checkbox"/> MIDI (3,75 €) <input type="checkbox"/> MAXI (5,50€)	

A REMPLIR PAR LE CLUB		Réceptionné par :	le : / /	A Payer : _____ , ___ €
Cotisation : _____ , €	Assurance : _____ , €	A Déduire :		
Nbre de chèques : _____	Total en chèques _____ , €	Encaissement (indiquer les mois d'encaissements) : Immédiat / Oct / Nov / Déc / Janv / Fév / Mars / Avril / Mai		
Nbre de coupons ANCV : _____	Total en coupons _____ , €			
Virement	Total par virement _____ , €	Virement reçu le : _____		
Espèces	Total en espèces _____ , €	Monnaie à rendre : Non / Oui (_____ , €)		
<input type="checkbox"/> Paiement en lien avec le dossier de :				
Renouvellement Pervenches <input type="checkbox"/>	Nouvelle licence FSCF <input type="checkbox"/>	Déjà licencié FSCF dans autre club : _____ <input type="checkbox"/>		

Pour l'ensemble des groupes, la responsabilité du club envers la gymnaste est engagée uniquement pendant la durée de ses heures de cours. Le club se dégage de toute responsabilité en cas d'accident survenant sur le parking du gymnase Pierre de Coubertin avant et après les heures de cours et en dehors des locaux prévus pour les manifestations sportives organisées sous sa responsabilité.

J'autorise (nous autorisons) le club à prendre en photo ou à filmer la gymnaste dans le cadre des activités du club et à utiliser ces photos (sans nom ni adresse) dans la presse.

J'autorise (nous autorisons) le club à prendre en photo ou à filmer la gymnaste dans le cadre des activités du club et à utiliser ces photos (sans nom ni adresse) sur la page Facebook du club.

J'autorise (nous autorisons) le club à prendre en photo ou à filmer la gymnaste dans le cadre des activités du club et à utiliser ces photos (sans nom ni adresse) sur le site Internet du club etc...

J'autorise (nous autorisons) les entraîneurs (ou tout autre adulte responsable du club), à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) nécessaires par l'état de la gymnaste.

J'autorise (nous autorisons) les entraîneurs à véhiculer la gymnaste lors des compétitions et les stages, en dehors du gymnase Pierre de Coubertin de la Motte-Servolex.

Je déclare (nous déclarons) adhérer au règlement intérieur sans restriction (à disposition au bureau de l'association et sur le site Internet).

Je m'engage à ce que la licenciée possède le **justaucorps du club** pour toutes manifestations ou compétitions le nécessitant, pour les cours de gymnastique (loisirs et compétitions)

J'ai bien pris connaissance des mesures mises en place par le club **concernant la Covid-19**

Je certifie (nous certifions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A _____, le _____

Signature (ou nom et prénom)
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)



A JOINDRE A CE DOSSIER :

- I photo d'identité au format conforme (35x45 mm) et récente (de moins d'un an), à coller sur ce dossier, une deuxième sera obligatoire pour les cours **COMPETITIONS** pour la licence
- I règlement pour la cotisation :
 - du montant figurant sur le site Internet suivant la catégorie (*possibilité de faire plusieurs chèques*).
 - Inclure le montant de l'assurance complémentaire AXA (si souscription).
 - ou si vous possédez une carte PASS'Région : I règlement du montant de la cotisation (30 € à déduire sur le montant indiqué) + I chèque de caution de 30 € (détruit après remboursement au club du partenaire PASS'Région).
- Médical :
 - Pour les licenciés du club dont les certificats médicaux **ont été fournis** entre juillet 2018 et juin 2020 (uniquement) : le questionnaire médical dûment rempli et signé
 - Pour tous les autres licenciés : un certificat médical d'aptitude à la pratique de la gymnastique "en compétition" (*il est obligatoire pour la participation aux cours car il conditionne la couverture assurance de la gymnaste*) datant du 1^{er} juillet 2020 ou après,

Les chèques sont à faire à l'ordre du Club de gymnastique les Pervenches.