

Nom de l'adhérent/représentant légal

Adresse CP : Ville :

Tél : E-mail (MAJUSCULE) :

Téléphone personne à prévenir pendant l'activité :

Nom / Prénom du participant	Année de naissance	Activité choisie	Montant
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Remise

Cotisation annuelle par famille : + 10,00 €

TOTAL : *

- Je vérifie que mon assurance « responsabilité civile » couvre également les activités sportives et m'engage à y remédier si nécessaire.
- J'autorise l'A.C.L.S. à me prendre en photo (à prendre mon enfant en photo) dans le cadre des activités pour parution sur le site internet de l'association, bulletin communal etc. OUI ☐ NON ☐

Attestation - Information importante

Un certificat médical (attestation de non contre-indication) n'est pas nécessaire pour la pratique d'activités de loisir et d'entretien physique. Il appartient à chacun, en cas de doute, de prendre les dispositions nécessaires (visite médicale par exemple) afin de pouvoir pratiquer en toute sécurité les activités physiques proposées par l'ACLS.

En l'absence de certificat médical,

Je soussignéreprésentant légal de.....

- Atteste avoir lu et approuve les directives émises par l'ACLS Spechbach en conformité avec les règlements
- Atteste n'avoir connaissance d'aucune contre-indication à la pratique de l'activité choisie
- Décharge l'ACLS Spechbach de toute responsabilité suite à un accident et à ces conséquences.

Fait à Spechbach, le

Signature de l'adhérent :

*** Possibilité de paiement en 3 fois sans frais (par chèques)**

Paiements : Chèque 1 ☐

3 ☐

Espèces ☐

Réinscription ☐