

Partie réservée à  
l'Administration du Club



Date du certificat médical initial  
.....

Numéro de licence  
52 0 7 2 . 0 3 8 . .....

Adhésion nouvelle

MODE DE PAIEMENT	
CHEQUES	1 <sup>er</sup>
	2 <sup>ème</sup>
	3 <sup>ème</sup>
ESPECES	RECU FAIT
ANCV	
Bons CAF	
Pass'sports	
Autres	
Attestation	Demandée <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/>

Votre  
PHOTO

GROUPE



**LA PERSEVERANTE**

Société Gymnique  
18 rue St Pavin des Champs 72000-LE MANS Tél : 02 43 23 27 25  
mail : [contact@laperseverante.fr](mailto:contact@laperseverante.fr)  
site : [www.laperseverante.fr](http://www.laperseverante.fr)

**BULLETIN D'ADHESION**  
**"Saison 2022 - 2023"**

**Pratiquant gymnaste :**

Nom: .....Prénom..... Date de naissance : .....

Nationalité.....

Sexe : M  F

Profession du Père ..... de la Mère .....

Adresse (N° rue).....

CP..... Ville..... (du pratiquant Gymnaste)

Mail du représentant légal:

.....@.....

**IDENTITE DES PARENTS**

Nom du Père : .....

Prénom : .....

Nom de la Mère : .....

Prénom : .....

Adresse complète (si différente de l'adhérent)

Rue.....

CP..... Ville .....

Domicile : .....

Professionnel : .....

Portable : .....

Adresse complète (si différente de l'adhérent)

Rue.....

CP..... Ville.....

Domicile : .....

Professionnel : .....

Portable : .....

N° de Sécurité Sociale..... (sur lequel le pratiquant gymnaste est rattaché)

**Le représentant légal du pratiquant gymnaste, Mr ou Mme..... déclare :**

- autoriser son enfant à adhérer à la Persévérante.

- régler la cotisation annuelle : par Chèque  , par espèces (contre remise d'un reçu)  , autres (ANCV, Pass'sports, CAF) .

- avoir signé et pris connaissance du règlement intérieur : Oui  Non  , ainsi que le questionnaire médical. : Oui  non

- avoir pris connaissance, renseigné et remis à l'association le questionnaire médical ou certificat médical (performance)  
Oui  Non

- Je soussigné(e) autorise le Comité de LA PERSEVERANTE, à prendre en cas d'urgence, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (intervention chirurgicale, soins dentaires, etc...).

Médecin de famille (Nom, Adresse, N° Tel) : .....

Recommandations particulières (allergies, traitement en cours etc.)  
.....

Personne à prévenir en cas d'urgence ..... Tél : .....

Signature

(du représentant légal et/ou des deux parents  
et/ou du pratiquant gymnaste)

à ....., le ...../...../.....