

Partie réservée à
l'Administration du Club



Date certificat médical initial
...../...../202..

Numéro de licence
52072.038.....

CATEGORIE :

Nouvelle Adhésion

Montant de l'adhésion		Votre PHOTO
Mode de paiement		
CHEQUES		
1er		
2è		
3è		
ESPECES		
ANCV		
Bons CAF		
Pass'sports		
REDUCTION	<input type="checkbox"/> Bons SUPERU 5€ Nombre (Max 4) <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 2è inscription (-10€)	
	<input type="checkbox"/> 3è inscription (-50€)	
Attestation	<input type="checkbox"/> Demandée <input type="checkbox"/> Réalisée	GROUPE

BULLETIN D'ADHESION 2023/2024

LA PERSEVERANTE

Société Gymnique

18 rue St Pavin des Champs 72000-LE MANS Tél : 02 43 23 27 25

mail : contact@laperseverante.fr site : www.laperseverante.fr

Pratiquant gymnaste :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nationalité.....

Sexe : M F

Adresse (N° rue).....

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

IDENTITE DES REPRESENTANTS LEGAUX :

Nom du Représentant Légal 1 :

Prénom :

Adresse complète (si différente de l'adhérent)

Rue.....

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

Mail du représentant légal 1:

Domicile :

Professionnel :

Portable :

Nom du représentant Légal 2 :

Prénom :

Adresse complète (si différente du représentant 1)

Rue.....

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

Mail du représentant légal 2:

Domicile :

Professionnel :

Portable :

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

Le représentant légal du pratiquant gymnaste, 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

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

Je soussigné(e) autorise le Club 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/des représentant/s légal/ux
et/ou du pratiquant gymnaste)

à, le/...../.....