



LA PERSÉVÉRANTE

18 rue St Pavin des champs
72000 Le Mans – 02 43 23 27 25
contact@laperseverante.fr
www.laperseverante.fr

BULLETIN D'ADHESION Saison 20... /20...

NOM : Prénom : Date de naissance :/...../.....

PARTIE CLUB

Photo	<input type="checkbox"/> LOISIRS	<input type="checkbox"/> COMPETITION	Montant ADHESION		
	€ <input type="checkbox"/>	@ <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	CHEQUE	1
	Date certificat médical initial :			CHEQUE	2
				CHEQUE	3
				ESPECES	Reçu fait <input type="checkbox"/>
	Droit à l'image : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			ANCV	
	Numéro de licence :			Bons CAF	
	52072 . 038.			Pass'Sports	
GROUPE				Autres :	
ADHESION NOUVELLE <input type="checkbox"/>			Attestation	Demandée <input type="checkbox"/>	Réalisée <input type="checkbox"/>

Pratiquant(e) gymnaste :

Nationalité :

Sexe : M F

Adresse :

Code Postal..... Ville.....

MAIL de contact :

Représentants légaux :

Nom du représentant légal 1 :

Nom du représentant légal 2 :

Prénom :

Prénom :

Adresse (si différente gymnaste).....

Adresse (si différente gymnaste).....

.....

.....

Téléphone :

Téléphone :

Mail :

Mail :

Le représentant légal du/ de la pratiquant(e) gymnaste, Mr ou Mme..... déclare :

- avoir lu et accepter le règlement intérieur Oui
- avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé Oui Non, à défaut avoir fini un certificat médical autorisant la pratique de la gymnastique Oui Non
- avoir fourni un certificat médical autorisant la pratique de la gymnastique (**compétition seulement**) Oui Non
- avoir réglé la cotisation annuelle : par Chèque , par espèces (contre remise d'un reçu) , autres (ANCV, Pass'sports, CAF) .
- autoriser La Persévérante à utiliser l'image de mon enfant Oui Non
- autoriser mon enfant à quitter seul(e) le gymnase et décharge La Persévérante de toute responsabilité Oui Non
- autoriser le comité de LA PERSÉVERANTE (élus ou salariés ou bénévoles déclarés), à prendre en cas d'urgence, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (intervention chirurgicale, soins dentaires, etc...). Oui Non

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

Recommandations de santé particulières (allergies, traitement en cours...)

Personne à prévenir en cas d'urgences : TEL :

Fait à LE :/...../20.....

Le Représentant légal : Signature :