



Cette fiche est strictement confidentielle et restera à l'usage exclusif du responsable du service des sports.

ADHÉRENT

PHOTO :

Nom : Prénom :

Date de naissance / /

Situation de famille :

Tél. Fixe : Tél. Portable :

Adresse postale :
..... 34470 PÉROLS

E-mail

Je souhaite recevoir les informations concernant la Gymnastique Séniors Pérols.

MÉDECIN

Nom du médecin traitant :

Adresse : Téléphone :

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

CONTACT 1

Nom : Prénom :

Adresse : Téléphone :

CONTACT 2

Nom : Prénom :

Adresse : Téléphone :

Je m'engage à informer les contacts cités ci-dessus du traitement de leurs données personnelles à des fins uniques liées à l'utilisation de ce document.

Observation :

PIÈCES À FOURNIR :

- Certificat médical (d'aptitude aux activités de gymnastique)
- Règlement de la cotisation annuelle : chèque de 50€ à l'ordre du « Trésor Public »
- Attestation d'assurance individuelle accident (pour la pratique d'activités physiques et sportives) -> recommandée

Date : / /

Signature :