**Sport – loisir - castellevequois**



**Zumba et Gym**

**Fiche d’inscription 2024/2025**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : | Prénom : | | Date de naissance : |
| Adresse :  Code postal : Ville : | | | |
| Téléphone fixe : | | Téléphone mobile : | |
| Adresse mail : | | | |
| Cotisation annuelle : **180 €** *(Dont 36€ pour gestion, assurance, location salle,etc…)*  Règlement à l’ordre de :  **SLC** *(***S***ports –* **L***oisirs –* **C***astélevéquois)*  Possibilité de payer en plusieurs fois (préciser au dos du chèque le mois souhaité (***retrait au 15 du mois***))  Début d’encaissement des chèques le 15 octobre – Fin d’encaissement des chèques le 15 juin | | | |
| Je reconnais avoir pris connaissance du Règlement intérieur de l’association et m’engage à le respecter | | | |

Je règle mon adhésion pour l’année 2024-2025 (01/09/24 – 30/06/25) pour un montant de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

Mode de règlement

Par chèque en 1 fois 2 fois 3 fois4 fois 5 foisEspèces en une seule fois

Fait à Château l’Evêque le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

***A remettre au secrétariat avant le 07/10/2024 (ne pas découper)***

**AUTORISATION PARENTALE 2024/2025**

Je soussigné (e) …………………………………………………………………………………………………………………

Père – Mère – Tuteur (rayer la mention inutile)

Demeurant…………………………………………………………………………………………………………………………

Tél. domicile ……………………………………Professionnel …………………………..Portable…………….……………

Numéro de sécurité sociale ………………………………………………………………

**Autorise mon enfant**

Nom…………………………………………….Prénom …..………………………………

A participer aux manifestations de l’association pour l’année 2024-2025

J’autorise la prise en charge médicale pour tout incident survenant pendant la manifestation. ***(ne pas découper)***

**Certificat médical 2024/2025 de non contre-indication**

Fournir un certificat médical de non contre-indication pour la pratique de l’activité ci-dessus.

Dans le cas contraire l’association SLC décline toute responsabilité en cas d’accident.