



RENOUVELLEMENT D'ADHESION ANNEE 2019 / 2020

Nom : Prénom :
N° Licence : Date de naissance :

Coordonnées si modification :

Adresse :
Code postal : Commune :
Mail :
N° Tél mobile : Fixe :

Règlement (par chèque à l'ordre de VISA 2000)

Banque :
N° de Chèque : Date :

Questionnaire médical (*) Certificat médical

Si réponse positive, le certificat médical est obligatoire daté du

Activités suivies en 2018/2019

Renouvelées en 2019/2020

-
-
-
-

Oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

(*) Si réponse positive au questionnaire médical, le certificat médical est obligatoire. Ce document est rempli par vous, sous votre propre responsabilité.

- RGPD – Je donne mon consentement au recueil et au traitement des données me concernant et je prends note que je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de suspension et d'opposition aux informations et messages me concernant selon les termes de la loi du 6/01/1978.
- Je m'engage à ne pratiquer que trois activités physiques maximum (sauf activités de plein air, randonnée et marche nordique).
- Je m'engage à respecter les instructions des animateurs que j'ai reçues sous forme de charte et que j'accepte.
- Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et m'engage à le respecter.

Date : Signature :

