

FICHE D'INSCRIPTION

Saison 2025-2026

PHOTO

GROUPE :

JOUR/HEURE :

NOM : **Prénom :**

Sexe..... **Date et lieu de naissance**/...../20..... à(CP) **Nationalité**.....

Adresse :

Code postal : **Ville :**

TELEPHONE **Mère:** **Père :**

Adresse mail mère (en majuscules)

Adresse mail père (en majuscules)

Est-ce-que votre enfant a déjà été licencié (e) dans un autre club FFGYM ? ☐ OUI **N° LICENCE :**

SI OUI : Nom du dernier club fréquenté..... **Dernière saison de pratique au sein de celui-ci**.....

MONTANT COTISATION :

Numéro Pass'région (- 30€) (lycéens) :

Numéro Pass Sport (- 70€) :

Numéro Pass Marignier (- 20€) :

2^{ème} INSCRIPTION (- 20€) ☐ OUI

3^{ème} INSCRIPTION (- 20€) ☐ OUI

Montant final de la cotisation :€

Paiement ☐ EN LIGNE ☐ CHEQUES : **1 / 2 / 3** ☐ ESPECES

Entourez le nombre de chèques

Possibilité de paiement en 3 fois (septembre-octobre-novembre) par chèque (à l'ordre de l'AGA)

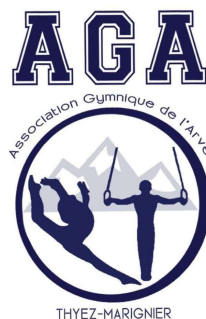
AUTORISATION DE PRISE DE VUE

Je soussigné(e)..... **autorise – n'autorise pas (rayer la mention inutile)** l'Association Gymnique de l'Arve à prendre des images, photos ou vidéos lors des cours et compétitions et à les diffuser sur Internet ou tout autre support de communication. L'Association Gymnique de l'Arve s'engage à ne pas diffuser ces images sans autorisation des parents ou adhérents majeurs concernés.

Fait à :

Le :

Signature des parents, précédée de la mention « lu et approuvé »



IMPORTANT : Pas d'implication de bénévoles dans la vie du Club = PAS DE CLUB

Afin d'améliorer la vie au sein du Club, nous recherchons des personnes susceptibles de nous aider même quelques heures lors des différents événements auxquels participe l'association pour récolter des fonds : Téléthon à Thyez, Marni en fête à Marignier et également lors des événements internes du club (Colibri, Gala) : Installation, buvette, rangement...

Les fonds récoltés sont entièrement reversés au club et servent notamment à renouveler le matériel utilisé par vos enfants lors des entraînements, à payer les engagements et les juges lors des compétitions etc...

Souhaitez-vous faire partie du groupe WhatsApp des bénévoles actifs de l'AGA afin d'être informé des manifestations et de l'aide dont nous avons besoin ?

- ☐ **OUI, je souhaite être intégré(e) au groupe WhatsApp des bénévoles de l'AGA**

N° portable :

- ☐ **NON, je ne désire pas intégrer ce groupe**

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) père-mère-tuteur (à entourer) de l'enfant

Autorise, d'une part le chirurgien à pratiquer tous les cas liés à l'intervention chirurgicale et à l'anesthésiste réanimateur, à pratiquer tous les actes détachables du processus opératoire. D'autre part, à pratiquer ou faire pratiquer tous les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic, voire le cas échéant dans un centre hospitalier.

Autorise le responsable du déplacement à prendre toutes les décisions qu'il jugera utiles ou nécessaires pendant toute la durée du déplacement.

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Clinique ou centre hospitalier de votre choix :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Fait à :

Le :

Signature des parents, précédée de la mention « lu et approuvé »

Nous restons à votre écoute pour plus de renseignements. Merci pour votre soutien !!!