

**ELEMENTS NECESSAIRES A L'INSCRIPTION :**

- ✓ **Bulletin d'adhésion**
- ✓ **Autorisation de soin** (et si nécessaire, certificat médical)
- ✓ **Paiement (si besoin mandat de prélèvement SEPA et RIB)**

**GROUPE :** \_\_\_\_\_

**Jour(s) et heure(s) :** \_\_\_\_\_

**Adhérent** : NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

**Facultatif si préinscription sur internet (ou adhérent 2023-2024 si aucun changement de coordonnées)**

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : \_\_\_\_\_ Téléphone 2 : \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

**Droit à l'image:**

J'autorise le club à utiliser mon image sur les supports de communication du club (affiche, site Internet)

**Tout refus doit être signalé par courrier adressé au président de l'association.**

<p><b>Règlement intérieur :</b></p> <p>L'adhérent ou ses représentants légaux reconnaissent avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association et s'engagent à le respecter.</p>	<p><b>Signature de l'adhérent ou du représentant légal :</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
--	--

<b>Cadre réservé à la Saint-loise</b>	<b>COTISATION (licence FFGym incluse) (hors remise ou réduction) = _____ €</b>	
	<b>Remises/Réductions :</b>	<input type="checkbox"/> Réduction enfant salarié : _____ €
	<input type="checkbox"/> Réd. Famille 2 <sup>nd</sup> enfant : -10€ (2)	<input type="checkbox"/> Autre réduction : _____ €
	<input type="checkbox"/> Réd. Famille 3 <sup>ème</sup> enfant : -15€ (2)	<b>MONTANT FINAL DU = _____ €</b>
	<input type="checkbox"/> espèces : _____ € Reçu N° : _____	<input type="checkbox"/> Tickets kiosk : _____ €
	<input type="checkbox"/> chèque : _____	n° _____
	_____ € mois : _____ n° _____	(apposer nom bénéficiaire sur tickets)
	_____ € mois : _____ n° _____	<input type="checkbox"/> Carte spot : _____ €
	_____ € mois : _____ n° _____	n° _____
	<input type="checkbox"/> Carte Bancaire : _____ €	<input type="checkbox"/> Atout Normandie : _____ €
<input type="checkbox"/> chèque CE/CSE : _____ € n° _____	n° _____ code secret _____	
<input type="checkbox"/> prélèvements (1) _____ X _____ €	<input type="checkbox"/> Pass'sport (3) : 50€ _____	
<input type="checkbox"/> autre (coupons sport/chèques vacances) _____ €		
_____ € n° _____ / _____ € n° _____	<b>Chèque Caution</b>	
_____ € n° _____ / _____ € n° _____	_____ € n° _____	
_____ € n° _____ / _____ € n° _____	Banque : _____	
_____ € n° _____ / _____ € n° _____		
<b>Dossier papier réceptionné par : _____ le : _____ / Enregistrement Gest'gym par : _____ le : _____</b>		

(1) Si paiement par prélèvement automatique, frais supplémentaire de 1€ parprélèvement  
 (2) Valable pour adhésions enfants inscrits du même foyer  
 (3) valable pour adhérents bénéficiant de l'allocation rentrée (sur présentation du courrier reçu)

**AUTORISATION DE SOINS****Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident (autre que l'adhérent):**

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Qualité: \_\_\_\_\_

Téléphone (portable et domicile): \_\_\_\_\_

**Je soussigné(e)** (NOM-Prénom) \_\_\_\_\_**Numéro sécurité sociale:** \_\_\_\_\_ **Mutuelle:** \_\_\_\_\_

autorise:

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- le responsable, ou entraîneur de l'association, du comité ou de la FFG:
- à prendre toutes les mesures utiles et notamment demander son admission en établissement de soins,

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

**Coordonnées du médecin traitant:**

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

**CERTIFICAT MEDICAL**

- Pour les nouveaux licenciés majeurs (qui n'étaient pas licenciés dans un club FFGym en 2023/2024)
  - ⇒ Certificat médical datant de moins d'un an d'absence de contre-indication à la pratique du sport ou d'une discipline gymnique
- Si vous avez fourni à la Saint-Loise un certificat médical en 2022-2023 (ou après)
  - ⇒ Pas de certificat médical.

Nom de l'adhérent : \_\_\_\_\_ cotisation: \_\_\_\_\_ €

**Mandat de Prélèvement SEPA**

Référence Unique de Mandat (RUM)* <small>*maximum 35 caractères</small>	
--	--

Type de paiement	<input type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif	<input type="checkbox"/> Ponctuel
Montant Total dû (Adhésion+frais prélèvement)		Date du 1 <sup>er</sup> prélèvement
Nombre de prélèvements (max 10 si adhésion en septembre ; sinon max 6)		Montant Mensualité (1)

En signant ce formulaire de mandat, vous- autorisez **LA SAINT LOISE GYMNASTIQUE**- à envoyer des instructions à notre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LA SAINT LOISE GYMNASTIQUE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

<b>Nom du CREANCIER</b>	LA SAINT LOISE GYMNASTIQUE
N° d'Identifiant Créancier SEPA (ICS)	FR 342363397
Adresse du créancier	PLACE GEORGES POMPIDOU
Code postal	50000
Ville	SAINT LO
Pays	FRANCE

<b>DEBITEUR</b>	
Nom et prénom du titulaire du compte / Débiteur	
Adresse du débiteur	
Code postal	
Ville	
Pays	
<b>BANQUE</b>	
<b>BIC</b>	
<b>IBAN du débiteur</b>	

A

Le :

<b>SIGNATURE</b>

**MERCI DE FOURNIR UN RIB**

**\*Frais de prélèvement de 1€/ mois à inclure**

