Sexe : F _ H _

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Saison 2023-2024

LIEU DE RÉSIDENCE

Adresse : ..... Code postal : ..... Commune :.....

No de portable : _ _ - _ _ - _ _ - _ _ Email : .....

SI ADHÉRENT MINEUR

Email parent 1 : .....
Email parent 2 : .....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : .....
Prénom : .....
Lien parenté : .....
No Téléphone : _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _

SÉANCE D'ESSAI

Il est possible, dans la limite des places disponibles, de participer à 1 séance d'essai. Le règlement sera alors restitué sur simple demande formulée avant le 3ème cours.

REGLEMENT INTERIEUR(DISPONIBLE SUR LE SITE INTERNET)

Il doit être respecté par tous. Nous attirons tout particulièrement votre attention sur l'article 6 qui concerne le rôle des parents : Extrait de l'Article 6
« Ils s'assurent au début de l'activité de la présence de l'animateur et retrouvent l'entière responsabilité de l'enfant dès la fin de l'activité (l'ALL ne peut être tenue responsable d'un accident en dehors des horaires d'activité)…. »

DROIT A L'IMAGE

Acceptez vous que les responsables de l'Amicale laïque de Lentilly diffusent les photos prises pendant les cours, les compétitions et les spectacles sur lesquelles l'adhérent figure (mise à disposition de la presse ou des supports de communication de l'association - site, plaquette, programme, affiche) ? **OUI / NON**

REMBOURSEMENT

Toute inscription est ferme et définitive sauf cas de force majeure reconnu : déménagement, longue maladie ou accident justifié par un certificat médical.
Nous vous rappelons que la simple perte de motivation ne peut donner lieu à un remboursement.
L'adhésion et la licence ne sont jamais remboursées.

Souhaitez-vous une attestation pour votre comité d'entreprise ? OUI / NON

CERTIFICAT MEDICAL (rayer la mention inutile) - PAS DE CERTIFICAT POUR LES MINEURS

* J'ai répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé QS SPORT (Mineur-Majeur)

* J'ai répondu OUI à au moins une question du questionnaire de santé QS SPORT

Je fournis un Certificat Médical mentionnant le nom de l'activité pour la saison 2023-2024.

Date __/__/____ Nom du médecin .....

J'ai bien noté que l'assurance est obligatoire pour tous. Dès que l'inscription est définitive et le certificat médical fourni, l'Amicale se charge des démarches.

Tant que je ne suis pas assuré par l'ALL, je certifie être couvert par mon assurance responsabilité civile personnelle.

Dans tous les cas, aucun dossier incomplet ne sera accepté au-delà du 15 octobre.

Numéro du PASS REGION lycéens(nes) (N° situe verticalement sur le côté droit de la carte) : __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

Code PIN du PASS REGION lycéens(nes) : .....

Jour	Cours (Séance)	Durée	Horaire	Age (Niveau)	CHOIX
Mardi		1h00	17h45-18h45	6-12 ans	
Mardi		1h30	19h00 à 20h30	13-16 ans	
Mardi		1h30	19h-20h30	Adultes	

Groupe	Durée des cours	Activité(€)	Adhésion	Licence Assurance(€)	TOTAL(€)	Règlement en 2x(€)	Règlement en 3x(€)	CHOIX
Enfant	1h00	173	15	10	198	2 x 99	3 x 66	
Ado de 2007 et après	1h30	215	15	10	240	2 x 120	3 x 80	
Ado de 2006 et avant	1h30	215	15	16	246	2 x 123	3 x 82	
Adultes	1h30	257	15	16	288	2 x 144	3 x 96	

Mode de réglement	1 Chèque	2 Chèques	3 Chèques	Espèces	Pass Région	Chèques Vacances	Coupons Sport	PASS SPORT
CHOIX								

Encaissement des chèques : 31/10 – 31/01 - 31/03

Je soussigné(e) _____ certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de toutes les informations contenues dans ce document et que tous les renseignements que j'ai fournis sont exacts.

Fait à Lentilly, le _ _ /_ _ / _ _ _ _ SIGNATURE