



Inscription 2019 / 2020



LE PRATIQUANT ADULTE

Nom : Prénom :
Date et Lieu de Naissance : Profession :
Adresse :
CP et Ville :
Téléphone : E-MAIL :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom-Prénom & Téléphone
.....

Problème de santé à nous communiquer (Allergie- Asthme-Diabète- Cardiaque...):
.....

CHOIX DE L'ACTIVITE (Entourer votre ou vos choix)

- GYM ENTRETIEN
- STEP
- STRETCHING

AUTORISATION

Je soussigné,

➤ **En cas d'accident :**

AUTORISE les responsables, moniteurs de l'EGL à prévenir les secours ou à amener mon enfant ou moi-même dans le centre de soins le plus proche, en cas d'accident dans le cadre de l'entraînement, et des compétitions.

➤ **Droit à l'image :**

AUTORISE / N'AUTORISE PAS l'EGL à diffuser des photos / vidéos de mon enfant ou de moi-même prises dans le cadre des activités menées par l'EGL et/ou la fédérations FSCF. (Entourer la réponse)

➤ **Règlement intérieur :**

RECONNAIS avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'EGL sur le site internet www.etoilegymbres.fr, et m'engage à le respecter tout au long de la saison.

➤ **Assurance :**

AVOIR été informé qu'il est conseillé de souscrire à une assurance individuelle accident à la vue du caractère sportif de l'activité.

Fait le :

Signature :