Version du 31 juillet 2024

Amis de l'Instruction Laïque d'Eyguières

Fiche d'inscription activité **sportive** saison 2025/2026

Participant **majeur**

ACTIVITE SPORTIVE :

NOM / PRENOM du participant :

Date de naissance :

Sexe : (pour statistiques) **Féminin** ☐ **Masculin** ☐

ADRESSE :

E-mail : **Téléphone :**

MONTANT DE LA LICENCE :

0€ si la licence est déjà prise dans l'activité A.I.L suivante : _____

MONTANT DE LA COTISATION :

TOTAL :

Possibilités de règlements :

1 ou 2 chèques

Montant chèque 1 :	*Encaissé à l'inscription*
Montant chèque 2 :	*Encaissé en janvier*
Montant ancv :	*Chèques vacances et coupons sport ancv*
Montant CJeune :	*Code :*
Montant, Pass-sport :	*Code :*
Espèces à titre exceptionnel :	

Si 2 chèques : Chèque 1 : licence +1/2 cotisation
Chèque 2 : 1/2 cotisation
*Chèque(s) à l'ordre des **AIL Eyguières** et à dater du jour de leur établissement*

L'inscription implique l'adhésion au règlement intérieur des adhérents et aux modalités d'inscription visibles sur le site ail-eyguieres.org

L'association met en œuvre des représentations en cours et en fin de saison, qui impliquent une présence assidue tout au long de l'année. Pour ces représentations, il peut être demandé, en complément à la cotisation, une participation aux frais pour les costumes et les entrées.

Droit à l'image : J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐ l'association à capter des images lors des manifestations et des activités, sur lesquelles je figure et de les diffuser sur les documents et le site internet de l'association.

Fait à Eyguières, le

SIGNATURE du participant majeur

CERTIFICAT MEDICAL ou ATTESTATION

Possibilité de fournir un certificat médical ou de remplir le questionnaire de santé majeur avec les dispositions suivantes :
Si OUI à une ou plusieurs questions, certificat médical obligatoire Si NON à toutes les questions, attestation ci-dessous à compléter

CERTIFICAT MEDICAL

Le certificat médical doit dater de moins de 11 mois, et attester de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou, le cas échéant, **de** la discipline concernée

ATTESTATION

Je, soussigné(e) Mme / Mr (Nom et prénom du participant majeur)

……..

certifie que toutes les réponses du questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa 15669*01 sont négatives Pour faire valoir ce que de droit.

A …… le …….…… Signature :

Nota : Le questionnaire de santé est gardé par le participant