

# CASCOL GYMNASTIQUE

FICHE D'INSCRIPTION  REINSCRIPTION   
SAISON .....

## PRATIQUANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE de NAISSANCE : ..... SEXE : H  F

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

☎ FIXE et/ou PORTABLE : .....

☎ NUMERO A CONTACTER EN CAS D'URGENCE : .....

@ ADRESSE MAIL : .....

ECOLE FREQUENTEE ou PROFESSION : .....

## RESPONSABLE LEGAL

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

☎ FIXE et/ou PORTABLE: .....

PROFESSION : (mère) .....

(père) .....



## ACTIVITE ET REGLEMENT

(Cadre réservé à l'administration)

CODE ACTIVITÉ SAISON :

### Cotisation

SNCF →

agent  ayant droit  retraité N° CP (obligatoire):

Nombre de membre de la famille inscrit au club :

3 ou plus (-10% sur la cotisation la plus élevée) →

Cotisation de base :

    L L L €

- L L L €

- L L L €

S'engage à régler la cotisation annuelle de : =    L L L €

## Mode de règlement

Montant de la Cotisation :  3 mensualités possible (50% à l'inscription puis 25% et 25%)

**Modes de Règlement :**

Totalité en espèces  Chèques  Chèques vacances

PASS'Région soit 30 € (N° de carte : ..... N° de transaction : .....)

Chèque(s)	Montant	N° du chèque	Référence banque	Mois encaissement	Nom du débiteur	Si # Cotis' : Nom + Code activité + Total Famille
N°1						
N°2						
N°3						

## INFORMATIONS A COMPLETER

### Autorisation Photos

- J'autorise le CASCOL-Gymnastique à diffuser sur son site Internet ou dans la presse, les photos prises lors des activités au sein du club ou en compétition.
- Je n'autorise pas.

### Autorisation Parentale

Je soussigné(e), ....., responsable légal du pratiquant, autorise, le cas échéant, et à l'occasion de tout entraînement, cours, compétition, stage et déplacement effectué pendant la dite saison, tout établissement hospitalier dans lequel mon enfant aura été transporté, à pratiquer ou faire pratiquer tous les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic, ainsi que le responsable du CASCOL-Gymnastique à sortir mon enfant du centre hospitalier après réalisation des soins et avec l'accord du médecin.

N° de sécurité sociale à utiliser :

**Signature :**

### Assurance Facultative

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de souscrire des garanties facultatives complémentaires et optionnelles aux garanties de base incluses dans les licences obligatoires et décide :

- d'y souscrire selon option ci contre        pour la somme de     €
- de ne pas y souscrire

*(N'oublier pas de demander votre dossier d'assurance facultative AGF)*

### Pièces à joindre à votre dossier

- Certificat médical de moins de 3 mois (**obligatoire dès la deuxième séance !!**)  oui
- 1 Photo (Uniquement pour la section compétition)  oui
- Règlement de la totalité de la cotisation  oui

Je reconnais également avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du CASCOL-GYM et m'engage à le respecter tout au long de la saison.

Fait à .....

**Signature de l'Adhérent :**

Le .....

## LE PERMANENT

(Cadre réservé à l'administration)

NOM : .....

PRÉNOM : .....

