

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.

Règlement intérieur :

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.

Signature de l'adhérent

ou du représentant légal :

Cadre réservé à la Saint-loise	COTISATION (licence FFGym incluse) (hors remise ou réduction) = _____ €	
	Remises/Réductions :	
	<input type="checkbox"/> Réd. Famille 2 nd enfant : -10€ (2)	<input type="checkbox"/> Réduction enfant salarié : _____ €
	<input type="checkbox"/> Réd. Famille 3 ^{ème} enfant : -15€ (2)	<input type="checkbox"/> Autre réduction : _____ €
	MONTANT FINAL DU = _____ €	
	<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° _____		
_____ € n° _____ / _____ € n° _____		
_____ € n° _____ / _____ € n° _____		
_____ € n° _____ / _____ € n° _____		
	Chèque Caution	
	_____ € n° _____	
	Banque : _____	

Dossier papier réceptionné par : _____ le : _____ / Enregistrement Gest'gym par : _____ le : _____

(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 ^{er} 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.

Nom du CREANCIER	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

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

A

Le :

SIGNATURE

MERCI DE FOURNIR UN RIB

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

