AEP ETOILE - SAISON 20.. / 20..

BULLETIN D'ADHÉSION ACTIVITÉ .....

Association loi 1901 - Agréée jeunesse et sports
Siège : Maison de la culture 2 rue de l'Ecole 25115 Pouilley les vignes
etoilepouilleylesvignes@gmail.com **www.aepetoile.fr**

Détails de règlement à remplir par référent : Chèques : CV : Espèces :

IDENTITÉ ADHÉRENT	INFORMATIONS MÉDICALES ET AUTRES
Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse : Téléphone : Portable : Mail : Autres activités pratiquées à L'AEP ETOILE :	Médecin traitant : Adresse : Téléphone : **ASSURANCE ADHÉRANT** Compagnie d'assurances : Numéro de contrat :
POUR MINEUR	**PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS DE BESOIN**
Nom : Prénom : Agissant en qualité de : Adresse si différente de l'adhérent:	Prénom : Nom : Adresse (si différente) : Téléphone prioritaire : Téléphone secondaire :

Un questionnaire ci-joint est à remplir obligatoirement pour la pratique de l'activité, si réponse **OUI** à l'une des questions il conviendra de fournir un certificat médical.

IMPORTANT : Chaque adhérent s'engage à rester l'année complète dans l'activité choisie
TARIFS : Cotisation adhésion AEP ETOILE : 12 € + Cotisation à l'activité : .....€
Soit un total de ..... € (paiement en 3 fois possible : ..... € +..... € + ...€)
Une réduction de 15 € sera appliquée pour deux enfants de la même famille inscrits dans la même activité.
Suivant l'activité le prix de la licence est à ajouter à ces tarifs.

Je soussigné(e), ...

☐ Agissant en tant que représentant légal du mineur de moins de 18 ans ci-dessus désigné,

☐ Agissant en mon nom et si je ne fournis pas de certificat médical, je joins obligatoirement l'attestation de santé signée.

☐ J'accepte que l'image de l'adhérent, ci-dessus designé, puisse être utilisée aux fins d'illustrations des activités de l'association.

☐ J'autorise l'association à faire pratiquer tous les soins d'urgence sur l'adhérent ci-dessus désigné.

☐ je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir l'association de toute modification.

Fait à le :
(signature)