

BULLETIN D'ADHÉSION ACTIVITÉ

AEP ETOILE

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 : Liquide :	
IDENTITÉ ADHÉRENT	INFORMATIONS MÉDICALES ET AUTRES
Nom :	Médecin traitant :
Prénom :	Adresse :
Date de naissance :	Téléphone :
Adresse :	ASSURANCE ADHÉRENT
Téléphone :	Compagnie d'assurances :
Portable :	Numéro de contrat :
Mail :	
Autres activités pratiquées à L'AEP ETOILE :	
POUR MINEUR	PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS DE BESOIN
Nom :	Prénom :
Prénom :	Nom :
Agissant en qualité de :	Adresse (si différente) :
Adresse si différente de l'adhérent:	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 : Adhésion obligatoire à l'AEP l'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 désigné, 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.
- Pass-sanitaire valide**, vous devez présenter : soit un un certificat de vaccination complet, soit un test RT-PCR ou antigénique de moins de 72h, soit un certificat de rétablissement du covid 19.

Fait à
(signature)

le :

