

DEMANDE D'ADHESION

Nom du club : Amicale Courvilloise **VITA FORM EPGV – Affiliation N° A028039**



IDENTITÉ

NOM : Sexe : M / F
PRÉNOM : Nationalité :
Né(e) le : / / à CP : Ville de naissance :
Adresse :
..... CP : Ville :
Pays de résidence : Email :
Téléphones : fixe mobile

ASSURANCE Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni par mon club, des garanties responsabilité civile (RC) dont je bénéficie par le biais de mon adhésion et de l'option Individuelle Accident IAC Sport : 10€/an à laquelle je peux souscrire : Je décide de souscrire à IAC Sport Je décide de ne pas souscrire à IAC Sport

COTISATION
JEUNES 90€ SENIORS 100€ 1 - 4 cours ADULTE 150€

LICENCIÉ MINEUR : SIGNATURE

Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à adhérer au sein de ce club.
Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document sont exactes.
Représentant légal du demandeur :

Nom, prénom : Signature :

LICENCIÉ MAJEUR : SIGNATURE

Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document sont exactes.

Demandeur : Signature :

LICENCIÉ MAJEUR : AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe n'est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :
- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :

Répondu **NON** à toutes les questions Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) ; *certificat médical ci-dessous à faire remplir.*

Dans tous les autres cas (ex : première demande d'adhésion), vous devez faire remplir le certificat médical ci-dessous.

LICENCIÉ MINEUR : AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL

Le certificat médical n'est plus obligatoire pour les mineurs. L'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :

Répondu **NON** à toutes les questions Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) ; *certificat médical ci-dessous à faire remplir.*

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Dr (1) certifie que le bénéficiaire,

Nom, Prénom :

ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du sport.

Date de l'examen : / / (1)

Signature et cachet (1)(2)

(1) Obligatoire. (2) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).