

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

### Adhérent

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Renouvellement :  Oui  Non

### Activités Sportives (cocher la case correspondante) Certificat médical de moins de 9 mois obligatoire :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gymnastique sportive    | <input type="checkbox"/> Marche nordique    |
| <input type="checkbox"/> Baby gym                | <input type="checkbox"/> Volley-ball        |
| <input type="checkbox"/> Trampoline              | <input type="checkbox"/> Trail              |
| <input type="checkbox"/> Gymnastique d'entretien | <input type="checkbox"/> Step - Form'n boxe |
| <input type="checkbox"/> Randonnée pédestre      | <input type="checkbox"/> Pilates - Fitness  |

### Activités Culturelles et artistiques (cocher la case correspondante)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Théâtre (enfants)                        | <input type="checkbox"/> Scrapbooking             |
| <input type="checkbox"/> Danse modern jazz (enfants-ados-adultes) | <input type="checkbox"/> Anglais perfectionnement |

### Autorisation parentale (pour les mineurs)

#### RESPONSABLE LEGAL 1

Je soussigné(e) (nom, prénom) : .....

Représentant légal en tant que (père, mère, autre, préciser) : .....

Domicilié(e) : .....

Téléphone : .....

Autorise mon enfant à pratiquer l'activité ci-dessus.

Fait à : ..... le : ..... Signature :

#### ET/OU RESPONSABLE LEGAL 2

Je soussigné(e) (nom, prénom) : .....

Représentant légal en tant que (père, mère, autre, préciser) : .....

Domicilié(e) : .....

Téléphone : .....

Autorise mon enfant à pratiquer l'activité ci-dessus.

Fait à : ..... le : ..... Signature :

### Droit à l'image

Je donne mon accord pour apparaître sur les photographies d'activités de l'Amicale Laïque pour passage dans la presse et/ou sur le site internet de l'ALV (articles, résultats sportifs...).

Oui  Non

J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur de l'amicale laïque.

J'ai pris connaissance des conditions d'assurance APAC.

Fait à : ..... le : ..... Signature :