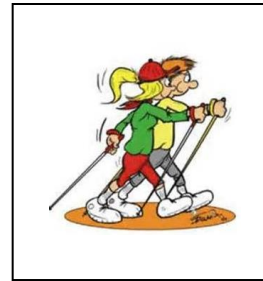




BULLETIN D'ADHESION MARCHE NORDIQUE



**SECTION
ATHLETISME**

L'ADHERENT(E)

Date du certificat médical :
...../...../20.....

A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES

NOM : Prénom :

Sexe : Femme Homme Nationalité :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Portable : Téléphone fixe :

E-mail : (merci de mettre une adresse valide et consultée, des informations sont communiquées par mail)

..... @.....

Personne à prévenir en cas d'urgence et téléphone :

ACTIVITÉS

Merci d'entourer le ou les jours de pratique souhaités.

Les rattrapages de cours ne seront plus possibles !

LUNDI 9H30-11H
GRUPE ZEN - MERCREDI 9H30-11H
VENDREDI 9H30-11H
SAMEDI 9H - 10h30

Susceptible de modification et sous réserve d'un nombre de participants suffisants permettant le financement de chaque créneau.



TARIFS ET COTISATIONS

(Licence UFOLEP incluse)

- 1 séance par semaine coachée : 160€
- 2 séances par semaine coachées : 200€
- 3 séances par semaine coachées : 230€

Modes de règlement acceptés :

- Espèces
- Chèques Vacances ANCV
- Chèque(s) à l'ordre de l'**ESF Athlétisme**
- Coupons Sport ANCV

Des facilités de paiement peuvent être accordées :

2 chèques, encaissements échelonnés aux 30 septembre & 31 janvier.

Si règlement par chèque(s) montant(s) :€€

Nom du titulaire chèque(s) :

MERCI DE NOUS RETOURNER LE DOSSIER D'INSCRIPTION UNE FOIS COMPLET

DOCUMENTS	ANCIEN(NE) ADHERENT(E)	NOUVEL(LE) ADHERENT(E)	MINEUR(E)
Le présent bulletin renseigné recto-verso et signé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bulletin d'inscription UFOLEP rempli et signé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le règlement de la cotisation annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat médical datant de moins de 3 mois, signé et tamponné par le médecin. (Mention: aucune contre-indication à la pratique de la Marche nordique) Tous les 3 ans <u>OU</u> si vous avez répondu au moins un "OUI" aux questions du formulaire de santé Cerfa 15699.01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de santé renseignée et signée, uniquement si : - Votre certificat médical date de moins de 3 ans - <u>ET</u> vous avez répondu "NON" à TOUTES les questions du formulaire de santé Cerfa 15699.01	<input type="checkbox"/>		
Une photo d'identité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'autorisation parentale remplie et signée			<input type="checkbox"/>

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte et respecte les conditions.

A Le

Signature de l'adhérent(e)

Téléphone de Contact : [Ludivine DETROZ - 06.40.57.93.20](tel:0640579320)

Adresse mail : esf.athle@gmail.com

Site internet : <http://esf-athletisme.lamissive.com>

Adresse courrier : [Valérie GALLIER - 2 Rle Buissons, 77123 LE VAUDOUE](#)