



FICHE D'INSCRIPTION

NOM, Prénom du joueur

Date de naissance

NOM, Prénom du responsable légal

Téléphone

Adresse

Mail

Personnes à prévenir en cas d'urgence

-
-
-
-

Maladies, allergies, choses importantes à savoir

-
-
-
-

COURS COLLECTIFS SQUASH ADULTE

Lundi 19h00

Lundi 20h20

ABONNEMENT - 80 mn

(Terrains compris - Groupe de 3 à 9 personnes maximum)

Saison - 30 séances	<input type="checkbox"/>	360 €
Semestre - 20 séances	<input type="checkbox"/>	300 €
Saison - 1 lundi sur 2	<input type="checkbox"/>	240 €
Trimestre	<input type="checkbox"/>	180 €
Adhésion New Squale <i>Obligatoire</i>	<input type="checkbox"/>	25 €
Licence FF squash <i>Obligatoire</i>	<input type="checkbox"/>	Voir club



Pass Sanitaire Obligatoire

Cochez la case correspondante à votre choix d'abonnement

Règlement à effectuer auprès de l'association

Je soussigné(e) Mme, Mr, :
Nom, Prénom du responsable légal pour les enfants mineurs

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

- Autorise
- N'autorise pas

l'équipe d'encadrement à utiliser

- Mon image
- L'image de mon enfant (*Enfants Mineurs*)

pour toutes publications et affichages nécessaires à la communication du Club hôte et d'Aptitud'Sports.

Cette autorisation, consentie à titre gratuit, est valable sans limitation de durée et sur tous supports matériels et immatériels sans que la liste ne soit exhaustive (Photo, vidéo, informatique, ...).

AUTORISATION DE SORTIE

(Pour les enfants mineurs uniquement)

- Autorise mon enfant à quitter le club seul après la fin de son cours.
- N'autorise pas mon enfant à quitter le club seul après la fin de son cours.

Personnes susceptibles de venir chercher mon enfant :

Nom, Prénom :

Nom, Prénom :

Nom, Prénom :

Signature de l'élève ou du responsable légal

CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE

(A faire remplir par un Médecin)

Je soussigné(e) Docteur

Docteur en Médecine, certifie que l'examen de :

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../.....

Ne relève pas de contre-indiquant à la pratique du Squash ou du Badminton en compétition (*)

Fait à :

Le : /...../.....

() Rayez la mention inutile*

Cachet et signature du Médecin