



ASSM GYMNASTIQUE FEMININE

FICHE D'INSCRIPTION

Saison 2021 - 2022



NOM _____ PRENOM _____ Date de naissance : _____

TELEPHONE _____ Adresse Mail _____

ADRESSE _____

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	AQUAGYM
9H <input type="checkbox"/>	9H <input type="checkbox"/>	9H <input type="checkbox"/>	9H15 <input type="checkbox"/>	9H <input type="checkbox"/>	LUNDI 21H <input type="checkbox"/>
P9H <input type="checkbox"/>	10H <input type="checkbox"/>	Z10H <input type="checkbox"/>	Z10H15 <input type="checkbox"/>	10H <input type="checkbox"/>	MERCREDI 21H <input type="checkbox"/>
10H <input type="checkbox"/>	11H <input type="checkbox"/>	11H <input type="checkbox"/>	11H15 <input type="checkbox"/>	11H <input type="checkbox"/>	
P10H <input type="checkbox"/>	P12H30 <input type="checkbox"/>		P12H30 <input type="checkbox"/>	P11H15 <input type="checkbox"/>	
11H <input type="checkbox"/>	12H30 <input type="checkbox"/>		17H15 <input type="checkbox"/>	PB12H30 <input type="checkbox"/>	
P11H <input type="checkbox"/>	18H15 <input type="checkbox"/>		19H30 <input type="checkbox"/>		
18H15 <input type="checkbox"/>	P19H15 <input type="checkbox"/>		P20H30 <input type="checkbox"/>		
Z19H15 <input type="checkbox"/>					
Z20H15 <input type="checkbox"/>					

FORFAIT : ouvert aux adhérentes Saint Médardaises qui ont un emploi en rotation. Il sera accordé sur présentation d'une attestation de l'employeur.

TARIF DE BASE POUR LA SAISON COMPLETE :

Saint Médardaises :

Gym 1h → 60€ 2h → 75€ 3h → 90€ 4h → 105€ 5h → 120€

Forfait → 132€ Aquagym 1h → 150€ 2h → 216€

Hors Communes :

Gym 1h → 75€ 2h → 90€ 3h → 105€ 4h → 120€ 5h → 135€

Aquagym 1h → 165€ 2h → 240€

❖ Nouvelles inscriptions

- Photo à fournir
- Certificat Médical de moins de 3 mois de non contre-indication à la pratique sportive et aquatique (aquagym) à remettre lors de l'inscription.
- Justificatif de domicile de - 3mois. (Carte électeur possible)

❖ Réinscriptions :

Fournir une photo si besoin de renouveler la carte d'adhésion

Certificat Médical de moins de 3 mois **Ou** J'atteste avoir rempli le questionnaire de santé (arrêté du 20/4/2017)

Justificatif de domicile de - 3mois (Carte électeur possible)

Attestation pour le CE (fournir un RIB ou RICE si remboursement)

❖ Règlement (à l'ordre de l'ASSM GEF) - Montant total : € Nombre de chèques : 1- 2-3

1er chèque montant : 2ième chèque montant : 3ième chèque montant :

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur, et du protocole de Santé et m'engage à les respecter.

Je donne mon accord à l'ASSM-GEF pour utiliser mon image à des fins de communications internes et externes.

❖ Données personnelles : Je suis informée que l'ASSM-GEF sera amenée à stocker mes données personnalisées dans le cadre de mon adhésion. Elle peut être conduite à me transmettre des informations par courriers, mails et SMS.

J'autorise

Je n'autorise pas

Date et signature de l'adhérente

Validation du dossier complet par le bureau de la GEF