



Activité adhérent(e) majeur(e)

Saison

2023– 2024

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

F

M

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Mail :

COURS du

de **à**

COURS du

de **à**

Personne à prévenir en cas d'accident

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Adhésion réglée **cette saison** dans une autre activité de l'Amicale Laïque de Pont-l'Abbé : oui non
Si oui, laquelle :

Adhésion :

Cotisation :

Licence :

Location :

Déduction :

Motif :

soit un total de

Règlement :

| | | | |
|---|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| Chèques vacances <input type="checkbox"/> | Montant : <input type="text"/> | Coupons sport <input type="checkbox"/> | Montant : <input type="text"/> |
| Espèces <input type="checkbox"/> | Montant : <input type="text"/> | Pass'Sport <input type="checkbox"/> | |
| Chèque(s) <input type="checkbox"/> | Montant total : <input type="text"/> | n° <input type="text"/> | |
| n°1 | Montant : <input type="text"/> | Autre aide : | |
| n°2 | Montant : <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| n°3 | Montant : <input type="text"/> | Montant : <input type="text"/> | |

Partie réservée à l'Amicale

| | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Règlement <input type="checkbox"/> | Transmission secrétariat <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Certificat médical ou attestation <input type="checkbox"/> | Droit l'image : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

TSVP

Je soussigné(e) ,

1. Autorisation d'intervention médicale

(autorise les responsables de l'Amicale Laïque (enseignant, dirigeant ou encadrement à prendre toute les décisions nécessaires en cas de problème présentant un caractère médical d'urgence pouvant survenir lors d'un cours ou d'un déplacement.

2. Certificat médical

(atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé et j'ai un certificat médical de moins de 3 ans en date du

(fourni un certificat médical en date du

3. Droit à l'image

(ne suis pas opposé(e)

(suis opposé(e)

à la diffusion d'image le/la représentant sur les sites Internet et publications de l'amicale laïque.

4. Protection des données

(je reconnais avoir lu la politique de confidentialité et l'accepter *

A PONT-L'ABBE, le

Signature :

|

** Finalités du traitement : ces données sont recueillies en vue de tenir à jour notre fichier d'adhérents ; en aucun cas ces données ne seront cédées ou vendues à des tiers.*

Responsable du traitement : le bureau de l'Amicale Laïque