Pour nous contacter: Président : 06 89 66 25 81

□ Le questionnaire médicale,

Secrétaire : sportetfoi.agape26@gmail.com



cadre réservé

☐ Inscription rendu complète
☐ Inscription rendu incomplète
CM / QM / Règlement /
Fiche mal renseignée ou illisible

Renouvellement de l'inscription Nouvelle inscription	>4) Je règle ma cotisation par :
NOM:/_/_//_PRENOM:/_//	☐ Chèque (à l'ordre de Sport et Foi - Agapé)
Né(e) le :/ Tél. portable ://	□ Espèce (nous n'avons pas de monnaie merci de faire l'appoint)
Adresse: _/_/_/_/_/	☐ Virement : (demander le n° de compte au responsable) En date du
CP: _/_/_/_ Ville: _/_/_/	Montant:
Email:///////////_	□ 45 € Sport loisir
□ Je ne désigne aucune personne à prévenir en cas d'accident.	□ 90 € Volley championnat UFOLEP
□ Personne à prévenir en cas d'accident Tél :///	 □ 30 € Etudiant loisir sur justificatif □ Don € (selon le montant un CERFA pourra être établit <u>hors</u> adhésion)
Lien de parenté :///	
 ➤1) Je souhaite avoir la possibilité de m'exprimer lors de l'Assemblée Générale de Sport et Foi - Agapé (avoir au moins 1 an d'ancienneté) 	 ▶ 5) J'autorise Sport et Foi – Agapé, dans le cadre de ses activités à prendre des photos ou à faire des vidéos ainsi que leurs diffusions. □ Oui □ Non
□ Oui □ Non	≥6) J'autorise le(s) responsable(s) de mon (mes) activité(s) à utiliser mon numéro de téléphone pour faire partie d'un groupe de discussion (de type
≥2) Je Choisi mon/mes activité(s) et ses options éventuelles :	WhatsApp, Signal,). Je note que mon numéro sera alors visible par les
□ Volley le lundi, au choix : □ Loisir □ Championnat UFOLEP (fiche UFOLEP à remplir en plus)	autres utilisateurs de ce groupe. □ Oui □ Non
□ Badminton loisir le jeudi.□ Volley + badminton.	➤7) En m'inscrivant, je m'engage à lire et respecter le Règlement Intérieur ainsi que les consignes sanitaires.
	Fait le// 20 à/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_//
➤3) Je joins impérativement à ma fiche d'inscription : □ Un certificat médical de non contre indication de la pratique sportive pour chaque activité valable 3 ans (sans interruption de l'activité).	Signature du membre <u>et</u> Autorisation du représentant légal avec Nom et signature (Pour les mineurs ou majeurs protégés)
Si mon Certificat Médical a moins de 3 ans et sans interruption de l'activité	