Bulletin d'inscription-saison 2023-2024

Sections « Activités physiques forme et santé »

1) Identification :

NOM :…… Prénom :…….
Sexe : F ou M (rayer la mention inutile) Date de naissance :……

Adresse :…….

Code postal :…… Commune :…….

Courriel :…… Tél portable :……

Téléphone domicile :…….

Cocher la case correspondant à la séance souhaitée :

MELLE			
Jour	**lundi**	**mercredi**	**vendredi**
☐ **1ère option : 1 séance d' 1h30**	☐ 9h30-11h	☐ 9h-10h30 ☐10h30-12h00	☐ 9h30-11h
☐ **2ème option : 2 séances d' 1h30**	☐ **lundi :** 9h30-11h **mercredi** : 9h-10h30		☐ **mercredi** : 10h30-12h **vendredi** : 9h30-11h
Lieu : Salle St-Jo-Sport		**Tarif option 1 : (assurance comprise) = 120 €** **Tarif option 2 : (assurance comprise) = 200 €**	

PRAILLES-LA COUARDE		
Jour	**lundi**	**mercredi**
☐ **1ère option : 1 séance d' 1h30**	☐ 14h30-16h00	☐ 14h30-16h00
☐ **2ème option : 2 séances d' 1h30**	**lundi :** 14h30-16h00 **mercredi** : 14h30-16h00	
Lieu : Salle des Fêtes	**Tarif option 1 : (assurance comprise) = 120 €** **Tarif option 2 : (assurance comprise) = 200 €**	

Les séances ont lieu uniquement en dehors des vacances scolaires

2) Droit à l'image :

J'autorise l'OSAPAM à utiliser mon image dans les publications de l'office (photographies prises dans le cadre de l'activité proposée). ☐ Oui ☐ Non

3) Modalités de règlement de l'inscription :

Paiement uniquement par chèque (s) libellé(s) à l'ordre de l'OSAPAM, le jour de l'inscription.

Ayant pris connaissance du tarif ci-dessus, je m'engage à payer la somme demandée :

☐ en 1 seule fois ;

☐ en 3 fois : 3 chèques de 40 € joints à mon dossier en sachant que ceux-ci seront encaissés en septembre, octobre et novembre 2023.

☐ en 4 fois : 4 chèques de 50 € joints à mon dossier en sachant que ceux-ci seront encaissés en septembre, octobre, novembre et décembre 2023.

4) Fiche sanitaire de liaison :

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements qui pourraient être utiles pendant la saison.

Personne à contacter en cas d'accident :

NOM :……..Prénom :…….

Téléphone domicile :…… Téléphone portable :…….

Nom du médecin traitant :……

☐ Questionnaire de santé "QS-SPORT" *CERFA* n°15699*01 à joindre obligatoirement le jour de l'inscription.

☐ Certificat médical à joindre également, le cas échéant.

Je soussigné (e) ……, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par mon état de santé.

A :…… le :……

Signature :

Cadre réservé à L'OSAPAM

Fiche complète : ☐ oui ☐ non

Questionnaire de santé "QS-SPORT" ☐ oui ☐ non

Montant du paiement : ☐ 120 € ☐ 200 €

Règlement par chèque en ☐ 1 fois ☐ 2 fois ☐ 3 fois ☐ 4 fois