

Bulletin d'inscription-saison 2024-2025

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
<input type="checkbox"/> 1^{ère} option : 1 séance d' 1h30	<input type="checkbox"/> 9h30-11h	<input type="checkbox"/> 9h-10h30 <input type="checkbox"/> 10h30-12h00	<input type="checkbox"/> 9h30-11h
<input type="checkbox"/> 2^{ème} option : 2 séances d' 1h30	<input type="checkbox"/> lundi : 9h30-11h mercredi : 9h-10h30		<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 1^{ère} option : 1 séance d' 1h30	<input type="checkbox"/> 14h30-16h00	<input type="checkbox"/> 14h30-16h00
<input type="checkbox"/> 2^{ème} 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 2024.
- en 4 fois : 4 chèques de 50 € joints à mon dossier en sachant que ceux-ci seront encaissés en septembre, octobre, novembre et décembre 2024.

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