

## Bulletin d'inscription-saison 2025-2026

### Sections « Activités physiques adaptées » »

#### 1) Identification :

NOM : ..... Prénom : .....

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

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Courriel : .....

Téléphone domicile : ..... Tél portable : .....

Cocher la case correspondant à la séance souhaitée :

<b>MELLE</b>			
<b>Jour</b>	<b>mardi</b>	<b>mardi</b>	<b>jeudi</b>
<input type="checkbox"/> <b>1<sup>ère</sup> option : 1 séance d' 1h</b>	<input type="checkbox"/> 9h30 -10h30	<input type="checkbox"/> 10h30 -11h30	<input type="checkbox"/> 10h30-11h30
<input type="checkbox"/> <b>2<sup>ème</sup> option : 2 séances d' 1h</b>	<input type="checkbox"/> <b>mardi : 9h30-10h30</b> <b>jeudi : 10h30 - 11h30</b>	<input type="checkbox"/> <b>mardi : 10h30-11h30</b> <b>jeudi : 10h30-11h30</b>	
<b>Lieu : Salle St-Jo-Sport</b>		<b>Tarif option 1 : (assurance comprise) = 80 €</b> <b>Tarif option 2 : (assurance comprise) = 120 €</b>	

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 :

Paielement 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 2 fois : 2 chèques de 40 € joints à mon dossier en sachant que ceux-ci seront encaissés en septembre et octobre 2025.

en 3 fois : 3 chèques de 40 € joints à mon dossier en sachant que ceux-ci seront encaissés en septembre et octobre 2025.



#### 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 :  80 €  120 €

Règlement par chèque en  1 fois  2 fois