

Bulletin d'inscription-saison 2025-2026

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 :

Téléphone domicile : Tél portable :

Cocher la case correspondant à la séance souhaitée :

MELLE			
Jour	lundi	mercredi	vendredi
☐ 1 ^{ère} option : 1 séance d' 1h30	☐ 9h30-11h	☐ 9h-10h30 ☐ 10h30-12h00	☐ 9h30-11h
☐ 2 ^{ème} 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) = 126 € Tarif option 2 : (assurance comprise) = 210 €	

PRAILLES-LA COUARDE		
Jour	lundi	mercredi
☐ 1 ^{ère} option : 1 séance d' 1h30	☐ 14h30-16h00	☐ 14h30-16h00
☐ 2 ^{ème} option : 2 séances d' 1h30	lundi : 14h30-16h00 mercredi : 14h30-16h00	
Lieu : Salle des Fêtes		Tarif option 1 : (assurance comprise) = 126 € Tarif option 2 : (assurance comprise) = 210 €

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 :

Paieusement 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 42 € joints à mon dossier en sachant que ceux-ci seront encaissés en septembre, octobre et novembre 2025.
- ☐ en 4 fois : 4 chèques de 52,50 € joints à mon dossier en sachant que ceux-ci seront encaissés en septembre, octobre, novembre et décembre 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 : ☐ 126 € ☐ 210 €

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