



Fiche d'inscription saison 2020-2021

GR Compétition

Le dossier complet doit être remis dans le mois qui suit l'inscription.
Le cas échéant, l'accès au cours sera refusé par le professeur/entraîneur.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Inscription

Ré-inscription

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
NOM du Responsable légal	
ADRESSE	
Téléphone Domicile	
Portable mère	
Portable père	
Portable gymnaste	
Adresse mail @ 1	
Adresse mail @ 2	

DOCUMENTS A FOURNIR

- La fiche de renseignements complétée
- La fiche médicale ci jointe complétée
- Le certificat médical (voir annexe) :
 - certificat médical à fournir si nouvelle inscription
 - questionnaire de santé à remplir si renouvellement de licence
- Le droit à l'image et approbation du règlement intérieur ci-joints complétés (site web, calendriers, presse, ...)
- Le règlement complet pour la cotisation annuelle incluant la licence
- Photo ou téléchargement sur le site FFGYM

Règlement :

Titulaire du/des chèques :

Banque :

Chèque(s) :

TARIFS 2020-2021 *						
COTISATION ANNUELLE CLIO CLUB						
	St Georges sur Eure			Hors commune		
	1 inscription par famille 1 cours	2 inscriptions par famille -> 10% sur la totalité	3 inscriptions par famille -> 15% sur la totalité	1 inscription Par famille	2 inscriptions Par famille -> 10% sur la totalité	3 inscriptions par famille -> 15% sur la totalité
GR Compétition Coupe Formation 2 ➤ 1 cours de 2h	260,00 €			265,00 €		
GR Compétition Coupe Formation 3 et Régional B ➤ 2 cours de 2h	320,00 €			340,00 €		
GR Compétition Autres catégories ➤ 3 cours	400,00 €			420,00 €		
GR Compétition catégorie Nationale ➤ 3 cours	420,00 €			440,00 €		

*Le tarif de la cotisation annuelle comprend : les cours (y compris pendant les vacances scolaires pour les GR Compétition), l'affiliation, la licence, l'assurance Allianz et les engagements aux différentes compétitions.

➤ **Pour toute réinscription : remise de 20€ pour tout dossier d'inscription remis complet avant le 10 septembre 2020.**

Règlement cotisation en 1 fois :

Numéro de chèque : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Montant : |_|_|_|_|_| €

Règlement cotisation en |_|_| fois (3 – 6 ou 10 fois)

Encaissement le 10 du mois :

Cheque n°	Mois d'encaissement	Numéro de chèque	Montant
1	Octobre		
2	Novembre		
3	Décembre		
4	Janvier		
5	Février		
6	Mars		
7	Avril		
8	Mai		
9	Juin		
10	Juillet		

Merci de cocher la case si vous souhaitez :

- Attestation de paiement pour votre comité d'entreprise
- Attestation de don pour vos impôts correspondant en partie au 3ème trimestre de la saison 2019-2020

Espèces : Montant : |_|_|_|_|_| €

Coupons sport : Montant : |_|_|_|_|_| €

Aucun remboursement de cotisation ne pourra être demandé après le 1^{er} trimestre, sauf avis médical, et dans tous les cas la partie licence FFGym et l'assurance ne seront pas remboursées.

Aucun remboursement de coupons sport ne pourra être effectué, quel que soit le motif.



APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné, Madame, Monsieur,.....

Représentant légal de l'enfant

Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Club et en avoir reçu une copie.



AUTORISATION DE PRISE ET DE PUBLICATION D'IMAGES

Je soussigné, Madame, Monsieur,.....

Représentant légal de l'enfant

Donne mon accord pour que mon enfant / moi-même soit pris en photo lors de cours, compétitions ou manifestations diverses ainsi qu'à la publication de ces photographies :

Diffusion sur les calendriers, site internet www.clio-club.fr et presse.

Diffusion sur les calendriers uniquement.

N'autorise pas la prise et publication d'images de mon enfant.

DATE

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL

SIGNATURE DE L'ENFANT



FICHE MEDICALE

Je soussigné, Madame, Monsieur,.....

Représentant légal de l'enfant

- Autorise le ou la responsable du cours à donner à mon enfant de l'Arnica ou de l'Hémoclar en cas de coups légers pendant l'entraînement.
- Autorise le ou la responsable du cours à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'intervention médicale d'urgence ou d'hospitalisation.
- A le faire transporter si possible à l'établissement hospitalier de :
- M'engage à rembourser les frais médicaux éventuellement avancés par le CLIO CLUB.

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT

NOM	NOM
Prénom	Prénom
Qualité	Qualité
Téléphone	Téléphone

Problèmes de santé particuliers :

Allergies médicamenteuses :

DATE

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL