

Association
LA SIMILIENNE
26 bis rue des Hauts Pavés
NANTES

Affiliée à : F.S.C.F- F.F.B.B
SIRET : 341 886 935 000 12 - APE 9312Z
Agrément jeunesse et sports: 04403ET0054
Tél : 02 40 12 42 26
<http://www.similiennedenantes.fr>

Certificat Médical date :

Attestation Santé date :

Règlement valeur :

**GYM-FORM'DETENTE
DEMANDE D'INSCRIPTION
2018/2019**



NOM Prénom.....

Date de naissance

Adresse

téléphone domicile

téléphone mobile

E-mail (caractère en minuscule d'imprimerie)

- GYM-FORM' DETENTE ou SANTE 135 € (1 cours hebdo 1h1/2)
- GYM-FORM' DETENTE ET /ou SANTE 180 € (2 cours hebdo : 2heures)
- GYM-FORM' DETENTE ET /ou SANTE 245 € (3 cours hebdo : 3 heures)

Adhésion à l'année. (restitution partielle sous conditions, au trimestre non commencé avec retenue de 50 € de frais fixes)

Pièces à joindre

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE- INDICATION (première inscription)

OU

ATTESTATION SANTE (en cas de renouvellement de l'inscription de l'année passée)

DEBUT DE L' ACTIVITE : **17 SEPTEMBRE 2018** Fin de saison : **30 juin 2019**
(Activité suspendue pendant les vacances scolaires et jours fériés)

GYM-FORM' DETENTE : HORAIRES CHOISIS : SAISON 2018- 2019
(cochez les cases correspondantes)

Lundi	LT1	<input type="checkbox"/>	9h30- 11h00	Form' Santé	Tristan	(salle GFD)
Mardi	MT1	<input type="checkbox"/>	9h10-10h10	Gym tonique	Tristan	(salle GFD)
	MT2	<input type="checkbox"/>	10h10-11h10	Gym tonique	Tristan	(salle GFD)
	MT3	<input type="checkbox"/>	19h00-20h00	Gym tonique	Tristan	(salle GFD)
Jeudi	JT1	<input type="checkbox"/>	9h10-10h10	Gym douce	Tristan	(salle GFD)
	JT2	<input type="checkbox"/>	10h10-11h10	Stretching	Tristan	(salle GFD)
	JT3	<input type="checkbox"/>	19h00-20h00	Gym tonique	Tristan	(salle GFD)
Vendredi	VT1	<input type="checkbox"/>	10h00-11h00	Form' Santé	Tristan	(salle GFD)

Fait à NANTES, le

Signature de l'adhérent(e)

Suite au verso





ANNEXE OBLIGATOIRE A L'ADHESION AU CLUB : saison 2018/2019

Conformément aux dispositions des lois du 16 juillet 1984 et du 13 juillet 1992, il est porté à la connaissance des adhérents de la SIMILIENNE que l'association est titulaire d'un contrat MULTIRISQUE ASSOCIATION COHESION N° 44109/0203611Z 10012 souscrit auprès de la Compagnie GROUPAMA, couvrant les dommages corporels auxquels peut les exposer leur pratique sportive au sein du Club.

Nous vous indiquons ci-après, la nature des garanties « Responsabilité civile vie associative » et « Protection des personnes » mentionnées au contrat précité et souscrit par l'Association LA SIMILIENNE (indexation suivant l'indice AGIRC au 01 01 2018)

RESPONSABILITE CIVILE VIE ASSOCIATIVE			
Tous dommages corporels, matériels et immatériels confondus			
	15 000 000 €	sans franchise pour dommages corporels par année d'assurance	
DEFENSE RECOURS			
	16 000 €		
PROTECTION DES PERSONNES			
Option 1 souscrite			
Décès	Capital	20 000 €	sans franchise
Incapacité permanente	Capital	40 000 €	sans franchise
Frais de recherche	Frais engagés	5 000 €	sans franchise
Frais médicaux	Dépenses réelles	300 €	sans franchise
Prothèses dentaires	forfait	51 €	sans franchise
Prothèses optiques	forfait	71 €	sans franchise
Indemnités journalières (en cas d'arrêt de travail)		21 €	par jour
<i>En cas d'accident, la déclaration doit être effectuée dans les 2 jours. Joindre obligatoirement un certificat médical.</i>			

Je, soussigné, (nom).....(prénom).....

Licencié(e) à LA SIMILIENNE.

Déclare avoir pris connaissance du contenu de la présente notice d'information ci-dessus, relative au contrat d'assurance souscrit par l'association LA SIMILIENNE pour le compte de ses adhérents auprès de la Compagnie GROUPAMA et référencé sous le N°44/203611Z/1008.

J'ai pris bonne note qu'il m'appartient personnellement de souscrire des garanties complémentaires par ailleurs, si les garanties énoncées dans la note d'information ci-dessus, ne me suffisent pas.

En cas d'urgence, prévenir : (Nom du correspondant – Adresse – Téléphone)

.....
.....
.....

AUTRES RENSEIGNEMENTS (Facultatifs)

Difficultés de santé en précisant les dates : maladies, accidents, faiblesses articulaires, asthme, etc

.....
.....

INTERVENTION MEDICALE

Je soussigné(e), Nom,.....Prénom.....

N° de Sécurité sociale :.....Autorise les cadres du Club, en cas d'urgence, à se substituer à moi-même pour tous les actes nécessaires à ma sécurité ou à ma santé et à prendre toutes décisions que l'urgence médicale ou chirurgicale nécessiterait, sur demande d'un médecin.

Protection des données personnelles.

Je, soussigné(e).....

donne mon consentement préalable à l'utilisation de mes données personnelles uniquement pour les besoins de gestion de l'association La Similienne, ainsi que pour l'obtention des licences d'adhésion à la FSCF.

Fait à NANTES le.....Signature de l'adhérent(e).....