

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 : 06 14 80 11 54  
<http://www.similiennedenantes.fr>  
[direction@similiennedenantes.fr](mailto:direction@similiennedenantes.fr)

NOM .....Prénom.....

Date de naissance .....

Adresse .....

téléphone domicile

téléphone mobile

E-mail (caractère en minuscule d'imprimerie) .....

- GYM-FORM' SANTE-TONIQUE, STRETCHING , PILATES 173 € ( 1 cours hebdo )
- GYM-FORM' SANTE-TONIQUE,STRETCHING, PILATES 218 € ( 2 cours hebdo )
- GYM-FORM' SANTE-TONIQUE, STRETCHING , PILATES 288 € ( 3 cours hebdo )

**Adhésion à l'année.** ( en cas d'arrêt en cours de saison, sur certificat médical, restitution partielle sous conditions, des trimestres non commencés avec retenue de 60 € 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)

PASS SANITAIRE ( **IMPERATIVEMENT INDIQUER LA DATE DU CERTIFICAT MEDICAL** )

DEBUT DE L' ACTIVITE : 1 SEPTEMBRE 2025 Fin de saison : 30 juin 2026

(Activité suspendue pendant les vacances scolaires et jours fériés)

**GYM-FORM' DETENTE : HORAIRES CHOISIS : SAISON 2025- 2026**

(cochez les cases correspondantes)

<b>Lundi</b>	LT1 <input type="checkbox"/>	9h00- 10h30	<b>Form' Santé</b>		(salle Abbé Guillard)
	LT2 <input type="checkbox"/>	10h40-11h40	<b>Pilates</b>		(salle Abbé Guillard)
<b>Mardi</b>	MT1 <input type="checkbox"/>	9h00-10h00	<b>Gym tonique</b>		(salle Abbé Guillard)
	MT2 <input type="checkbox"/>	10h10-11h10	<b>Pilates</b>		(salle Abbé Guillard)
	MT3 <input type="checkbox"/>	19h00-20h00	<b>Gym tonique</b>	Lola	(salle Abbé Guillard)
<b>Jeudi</b>	JT1 <input type="checkbox"/>	9h00-10h00	<b>Gym douce</b>		(salle Abbé Guillard)
	JT2 <input type="checkbox"/>	10h10-11h10	<b>Stretching</b>		(salle Abbé Guillard)
	JT3 <input type="checkbox"/>	19h00-20h00	<b>Gym tonique</b>	Lola	(salle Abbé Guillard)
<b>Vendredi</b>	VT1 <input type="checkbox"/>	10h00-11h00	<b>Form' Santé</b>		(salle Abbé Guillard)
	VT2 <input type="checkbox"/>	11h10-12h10	<b>Pilates</b>		(salle Abbé Guillard)

Fait à NANTES, le .....

Signature de l'adhérent(e)

Suite au verso



Certificat Médical date :

Attestation Santé date :

Pass Sanitaire

Règlement valeur :

**GYM-FORM'DETENTE  
DEMANDE D'INSCRIPTION  
2025/2026**



ASSOCIATION LA SIMILIENNE  
26 bis, rue des Hauts Pavés  
44000 NANTES



**ANNEXE OBLIGATOIRE A L'ADHESION AU CLUB : saison 2025/2026**

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° **042036114001** 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 04 2020)

RESPONSABILITÉ CIVILE VIE ASSOCIATIVE

Tous dommages corporels, matériels

et immatériels confondus 16 000 000 € sans franchise pour dommages corporels

DÉFENSE RECOURS

16 000 € par année d'assurance

PROTECTION DES PERSONNES

**Option 1 souscrite**

Décès	Capital	20 332 €	sans franchise
Incapacité permanente	Capital	40 645 €	sans franchise
Frais de recherche	Frais engagés	5 084 €	sans franchise
Frais d'adaptation	Frais engagés	5 084 €	sans franchise
Frais médicaux	Dépenses réelles	305 €	sans franchise
Prothèses dentaires	forfait	52 €	sans franchise
Prothèses optiques	forfait	72 €	sans franchise
Indemnités journalières (en cas d'arrêt de travail)		21 €	par jour

En cas d'accident, la déclaration doit être effectuée dans les 2 jours. Joindre obligatoirement un certificat médical.

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° **042036114001**.

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).....**

La Similienne : Inscriptions GFD 2025/2026