

Adresse postale
BOUGER POUR SA SANTE
Mairie de Sin Le Noble
Place Jean Jaurès
59450 SIN LE NOBLE

adresse @ mail
contact@bougerpoursasante.fr

Consulter régulièrement le
Site web.
www.bougerpoursasante.fr

Agrafer
ou coller
la photo

A REMPLIR EN MAJUSCULE ET LISIBLEMENT.

NOM : Mlle, Mme. M. _____

Prénom : _____ Né(e) le ____ / ____ / ____

Adresse pour envoi de courrier : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° tél. fixe N° tél. mobile

Votre adresse e-mail : (n'oubliez pas les « . » et ou les « - »)

_____ @ _____

Cotisation annuelle 60 € par personne valable du 1 jan 2025 au 31 déc 2025

Inscription et réinscription du 15 octobre 2024 au 15 décembre 2024

Je règle la somme de 60 € → en espèces, → par chèque (cochez la case)

à l'ordre de B P S

Pièces indispensables :

- une photo récente pour les nouvelles inscriptions.
- le certificat médical de non contre indication ou la décharge médicale (imprimée au dos)
- ce bulletin d'inscription dûment rempli.

« Le dossier ne prendra effet qu'avec tous les documents. »

Date :/...../.....

Signature :

DECHARGE MEDICALE EN CAS D'ABSENCE DE CERTIFICAT MEDICAL

(Pour toutes activités proposées par l'association « bouger pour sa santé »)

-Suite à mon inscription à l'association BPS et en raison de l'absence de certificat médical de non contre indication à la pratique des activités de BPS, je décharge l'Association, ses responsables, ses animateurs, ses membres, de toutes réclamations, actions juridiques, frais, dépenses et requêtes, de tous dommages liés à ma personne et dus à mon état de santé.

- Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je participe aux activités de l'Association BPS sans certificat médical.

-Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de sécurité de cette activité.

-Je certifie que :

1. Aucun médecin, infirmier, entraîneur, ne m'a déconseillé la pratique de ces activités.
2. Je connais la nature des activités auxquelles je m'inscris et suis conscient (e) des risques que j'encours.
3. En outre, le(s) parent(s) légal(aux) des participants mineurs de moins de 18 ans accepte(nt) de communiquer aux dits participants mineurs les avertissements et les conditions mentionnés ci-dessus, ainsi que leur conséquences et consent (ent) à la participation des dit mineurs.

J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature je renonce à toute action contre l'association BPS.

C'est donc en toute connaissance de cause que je signe le présent document.

Adhérent (+ de 18 ans) :

Nom : Prénom:

signature adhérent(e)

Le/...../20....

L'adhérent est mineur (- de 18 ans) :

Nom : Prénom :

signature du mineur :

signature parent ou tuteur

Le/...../20....