



Ecole de natation  
Perfectionnement adulte  
Perfectionnement ados  
Compétition

Ecole de Triathlon  
Initiation triathlon loisir  
adultes  
Compétition triathlon adultes  
Section triathlon féminine

[Aquasportsaintcyprien.fr](http://Aquasportsaintcyprien.fr)  
[aquasports66750@gmail.com](mailto:aquasports66750@gmail.com)



## BULLETIN D'ADHESION 2017/2018

Nom / Prénom	Date Nais	Triathlon / Natation	Groupe	Horaires Groupe
<b>TAILLE MAILLOT DE BAIN:</b> (Groupes « compétition » uniquement: avenir, dauphins, FFN & Section)		<input type="checkbox"/> Natation <input type="checkbox"/> Ecole Triathlon samedi <input type="checkbox"/> Ecole Triathlon mercredi <input type="checkbox"/> Triathlon Adultes <input type="checkbox"/> Running/Trail/Swimrun <input type="checkbox"/> Section Sportive	<input type="checkbox"/> Crevettes <input type="checkbox"/> Langoustes <input type="checkbox"/> Marsouins <input type="checkbox"/> Dauphins <input type="checkbox"/> Avenirs <input type="checkbox"/> FFN <input type="checkbox"/> Perf <input type="checkbox"/> Ados <input type="checkbox"/> Masters	

### Dossier d'inscription

Bulletin d'adhésion - Certificat médical type disponible sur le site internet-Cotisation annuelle

Nom / Prénom	✉ Email :		
☎ Tél Fixe	Tel Port	Adresse	Adresse facebook
Nom / Prénom	✉ Email :		
☎ Tél Fixe	Tel Port	Adresse	Adresse facebook

### Correspondance uniquement par e-mail

<b>Tarif Saisons 2017/2018</b>	<b>Les conditions de tarifs, d'assurance et règlement intérieur sont à retirer au moment des inscriptions ou disponible sur le site internet ou sur demande.</b>	<b>*Après avoir pris connaissance des tarifs, Assurance et du règlement intérieur. je sollicite mon inscription. date / Signature</b>
	Chèque * <input type="checkbox"/> Bq N° Espèces <input type="checkbox"/> Ch V	« lu et approuvé »

\*Si plusieurs chèques, inscrire les numéros ici: .....

<b>Médecin référent</b>		
<b>Prénom / Nom</b>	☎ Tél Fixe	Tel Port

Je soussigné(e) Mr, Mme, Melle.....

Agissant en tant que responsable légal: père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles) autorise l'enfant :

Nom Prénom:.....Date de naissance :.....

N° de sécurité sociale: ..... autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à pratiquer toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de mon enfant.

Vaccinations à jour :  Oui  non

Elements médicaux à prendre en compte (allergies, traitements en cours ...)

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et en avoir accepté le contenu

Date / Signature du responsable légal, Précédé de la mention « lu et approuvé »