**INSCRIPTION SPORT-SANTE 2024/2025**

 Ancien(ne) adhérent(e) EPGV N° licence\* ………………………

 Nouvel(le) adhérent(e) si Licencié(e) autre club, nom du club :………..

 Madame Monsieur

Nom usage : ……………………………………………………………….

Nom de naissance : ……………………………………………………….

Prénom : …………………………………………………………………….

Date de Naissance \* ………………………………………………………

Adresse complète ………………………………………………………….

Code Postal………………. Ville …………………………………………

N° de téléphone ………………………………………………….……….

Courriel\* …………………………………@………………………

(Indispensable car votre licence sera envoyée par courriel)

Autorisation pour l’utilisation de prises de vue (**voir *document au verso)***

**Personne à contacter en cas de problème**

Nom Prénom\* ……………………………………………………………………

Téléphone \* ………………………………………………………………………

**Assurance complémentaire MAIF I.A SPORT + 12.80 € oui non**

***DATE ET SIGNATURE  ci-dessous et au verso***

*Champs de remplissage obligatoire \** Feuillet à donner lors de la séance

**GARANTIES de l’assurance MAIF**

****

**Feuillet à conserver**

**QUESTIONNAIRE MEDICAL DE SANTÉ à compléter et à conserver**

**Questionnaire médical à remplir et à conserver, nous retourner uniquement l’accusé du questionnaire signé.**

****

**ACCORD pour les PRISES de VUES et l’UTILISATION des IMAGES**

**Le présent document a pour objet de définir les modalités et conditions générales de l’autorisation de prises de vues.**

**NOM……………………………………… PRENOM : …………………………….**

**ADRESSE …………………………………………………………………………**

**EMAIL : ……………………………………………………………………………**

* **Autorise l’association à réaliser des prises de vues durant les séances EPGV et déclare céder à l’association les droits qu’elle détient sur son image pour ces séances.**
* **Autorise l’association à utiliser les prises de vues réalisées en vue de la promotion de l’association. Ces prises de vues pourront faire l’objet de publication sur un support papier (photos) ou numérique (site de l’association).**
* **A bien noté que ces prises de vues seront utilisées dans l’intérêt de l’association. Elles ne seront pas utilisées à des fins commerciales et la cession à des tiers n’est pas autorisée.**

 **Fait à ………………………, le…………….**

**Signature**

**ACCUSÉ DU QUESTIONNAIRE MEDICAL DE SANTE**

**Je soussignée(e) …………………………………………. Atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l’arrêté du 20 avril 2017 lors de la demande de renouvellement de la licence pour la saison sportive 2024/2025 au club EPGV GYM STUDIO 41.**

**Fait à ………………………, le…………….**

**Signature Feuillet à donner lors de la séance**