



BULLETIN D'ADHESION COURSE A PIED NATURE



**SECTION
ATHLETISME**

L'ADHERENT(E)

A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES

Date du certificat médical :
...../...../20.....

NOM : Prénom :

Sexe : Femme Homme Nationalité :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Portable : Téléphone fixe :

E-mail : (merci de mettre une adresse valide et consultée, des informations sont communiquées par mail)

..... @.....

Personne à prévenir en cas d'urgence et téléphone :

ACTIVITÉS

Merci d'entourer tous les jours de pratique souhaités.

| |
|--|
| LUNDI 9H30-11H Sans coach, selon programme d'entraînement |
| MERCREDI 18H30-20H |
| SAMEDI 10H - 11h30 |



TARIFS ET COTISATIONS

- Tarif Unique pour la séance course à pied sans coach : 80€
- 1 séance par semaine coachée : 160€
- 2 séances par semaine coachées : 200€

Modes de règlement acceptés :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Espèces | <input type="checkbox"/> Chèques Vacances ANCV |
| <input type="checkbox"/> Chèque(s) à l'ordre de l' ESF Athlétisme | <input type="checkbox"/> Coupons Sport ANCV |

Des facilités de paiement peuvent être accordées :

2 chèques, encaissements échelonnés aux 30 septembre & 31 janvier.

Si règlement par chèque(s) montant(s) :€€

Nom du titulaire chèque(s) :

MERCI DE NOUS RETOURNER LE DOSSIER D'INSCRIPTION UNE FOIS COMPLET

| DOCUMENTS | ANCIEN(NE) ADHERENT(E) | NOUVEL(LE) ADHERENT(E) | MINEUR(E) |
|---|--|---------------------------|--------------------------|
| Le présent bulletin renseigné recto-verso et signé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le bulletin d'inscription UFOLEP rempli et signé (Assurance obligatoire - Incluse dans la cotisation) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le règlement de la cotisation annuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Attestation de santé renseignée et signée | Si vous avez répondu "NON" à TOUTES les questions du formulaire de santé Cerfa 15699.01 <input type="checkbox"/> | | |
| Certificat médical datant de moins de 3 mois, signé et tamponné par le médecin. (Mention : aucune contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition). | Si vous avez répondu au moins un "OUI" aux questions du formulaire de santé Cerfa 15699.01 <input type="checkbox"/> | | |
| Une photo d'identité | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'autorisation parentale remplie et signée | | | <input type="checkbox"/> |

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte et respecte les conditions.

A Le

Signature de l'adhérent(e)

Téléphone de Contact : [Ludivine DETROZ - 06.40.57.93.20](tel:0640579320)

Adresse mail : esf.athle@gmail.com

Site internet : <http://esf-athletisme.lamissive.com>

Adresse courrier : [Valérie Gallier - 2 Rle Buissons, 77123 LE VAUDOUE](#)