



## FICHE D'INSCRIPTION Saison 2022/2023

A retourner au plus vite à : Association Bougeons - 12, rue du 8 mai 1945 – 80310 La Chaussée Tirancourt

### IDENTITE (merci de renseigner toutes les rubriques SVP)

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

Adresse complète : .....

Tel/Port : ..... Email : .....@.....

### INSCRIPTION ET CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

- |                          |                |         |                          |                    |
|--------------------------|----------------|---------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | GYM SOFT & ZEN | ... 18h | <input type="checkbox"/> | Cotisation : 100 € |
| <input type="checkbox"/> | ZUMBA'SCULPT   | ... 19h | <input type="checkbox"/> | Cotisation : 100 € |
| <input type="checkbox"/> | FITNESS        | ... 20h | <input type="checkbox"/> | Cotisation : 100 € |



Adhésion à l'association obligatoire 10 euros en sus (chèque séparé SVP) - A partir de 12 ans.

Je règle par  espèces  Chèque n° ..... du .....

Règlement possible en 2 ou 3 fois sur demande  Chèque n° ..... du .....

Banque : .....

Chèques à établir au nom de « Bougeons avec la Chaussée Tirancourt » encaissement fin octobre 2022.

**Nous nous engageons à vous restituer intégralement votre cotisation, si de nouvelles mesures de confinement étaient applicables d'ici fin octobre. Au-delà de cette date, un remboursement au prorata des mois restants.**

Je verse un don à l'association :  oui (montant : .....€)  non

*Conformément à l'article 27 de la loi informatique et Liberté, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information concernant notre fichier.*

**Droit d'image :** du fait de son inscription chaque membre donne à l'association un pouvoir tacite pour utiliser toute photographie ou image concernant sa participation à un événement, dans le but de promouvoir les événements et / ou l'association.

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association (disponibles pour consultation au siège).

Date : ..... Signature : .....

### PARTIE ADMINISTRATIVE

Certificat médical obtenu :  Oui  Non

Reçu à fournir :  Oui  Non