

FICHE D'INSCRIPTION**ANIMATIONS SPORTIVES MUNICIPALES POUR RETRAITES****NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____**Adresse : N°** _____ **Rue** _____**Code postal :** _____ **Commune :** _____**Tél :** ____/____/____/____/____ **Portable :** ____/____/____/____/____**Courriel** _____ @ _____**Date et lieu de naissance :** _____**Situation Familiale :** marié(e), concubinage, célibataire, divorcé(e), veuf(ve), **Séparé(e), autres** _____**Dernière profession exercée :** _____**ACTIVITES SPORTIVES****Lundi :** Gym. 9h/10h15 Danse 14h/15h15 Gym.15h30/16h45**Mardi :** Marche**Jeudi :** Gym. 9h/10h15 - Gym 10h30/11h45 - Gym 14h30/15h30 - Tennis de table 14h00/16h45**Vendredi :** Gym. 9h/10h15 Danse Folk 10h30/11h45**CONDITIONS D'INSCRIPTION**

1. Remplir la fiche d'inscription
2. Certifiez avoir une responsabilité civile envers les tiers
3. Présenter une pièce justificative de domicile pour les annonéens
4. Fournir un certificat médical de l'année en cours

À LIRE ET A COMPLETER PAR L'ADHERENT

Je soussigné(e) _____ avoir pris connaissance des activités proposées par la direction des sports de la ville d'Annonay et m'engage sur celle-ci, en toute connaissance de cause et déclare qu'elle n'engage que ma seule responsabilité en cas d'accidents ou incidents me survenant,

J'autorise à titre gracieux, la ville d'Annonay et l'agglomération de communes du bassin d'Annonay, à fixer et à reproduire mon image pour l'exploitation de sites internet et/ou de tout autre document publicitaire, promotionnel et d'information.

Fait à _____**Signature avec mention « lu et approuvé »****Le** _____



Certificat Médical

ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné(e) Dr _____

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné,

Mr ou Me _____

née le _____

et avoir constaté ce jour, l'absence de signe physique décelable contre-
indiquant la pratique de (citer les activités)

**Certificat fait pour servir et valoir sur la demande de l'intéressé et
remis en main propre.**

Fait à _____

Le _____

Signature et cachet du médecin
