

- Chèque de .....€
- C V de .....€
- Certificat Médical
- Enveloppe timbrée
- 2 Photos
- Licence Commandée

<b>2017-2018</b>		<b>2018-2019</b>		<b>2019-2020</b>	
------------------	--	------------------	--	------------------	--

**Ecrire Très lisiblement :**

dossier remis le :

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :** .....

**ADRESSE :** Appt/Bat .....N° ..... Rue.....

**CODE POSTAL :** ..... **VILLE :** .....

**Téléphone (obligatoire) :** .....

**Email :** .....

Étiez-vous membre GV en 2016-2017 :                      Oui                       Non

Attestation Comité d'Entreprise :                      Oui                       Non

Souhaitez-vous recevoir la newsletter de la GV :                      Oui                       Non

**Vos options**

( Mettre une croix en face  
des options auxquelles  
vous souscrivez )

Gym - forfait 3h <b>MAX</b>		Pilates	
Gym - forfait 5h <b>MAX</b>		Marche Nordique	
Assurance IA sport+		Gym Poussette	
		Randonnées	

**JOINDRE AU BULLETIN D'INSCRIPTION :**

- ☞ 1 enveloppe timbrée, libellée à votre nom et adresse
- ☞ **certificat médical** à faire compléter par le médecin (verso du document).
- ☞ Règlement à l'ordre de **ASTGV**
- ☞ 2 photos d'identité

**INFORMATIONS IMPORTANTES:**

- Aucun remboursement ne sera effectué en cas d'abandon en cours d'année.
- Tout nouvel adhérent a la possibilité de participer à **deux cours d'essai**. Sa participation au cours suivant dépend de la remise du dossier complet. **LE DOSSIER COMPLET DOIT ETRE RAPPORTE AU COURS SUIVANT.**

**Date**

**Signature de l'adhérent :**

- Chèque de .....€
- C V de .....€
- Certificat Médical
- Enveloppe timbrée
- 2 Photos
- Licence Commandée

A compter de la saison 2017/2018, un certificat médical sera exigé :

- Tous les 3 ans. Le certificat médical présenté pour la saison 2017/2018 constitue le point de départ de la période triennale.
- Entre les périodes triennales, le licencié devra remettre à l'association une attestation certifiant qu'il a répondu négativement à l'auto-questionnaire de santé qui lui sera remis au moment de son inscription au club.

**CERTIFICAT MÉDICAL**

NOM : ..... PRENOM:.....

DATE DE NAISSANCE :.....

**Certificat médical de non contre-indication à la pratique :**

**(RAYER LES ACTIVITÉS NON AUTORISÉES)**

- Gym d'entretien en salle
- Gym d'entretien en extérieur
- Zumba
- Randonnée pédestre
- Marche nordique
- Course à pied

**CACHET, DATE ET SIGNATURE DU MÉDECIN**