

RENOUVELLEMENT LICENCE N°

NOUVELLE ADHÉSION

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Téléphones : Fixe : Mobile :

E-Mail :@.....

Personne à prévenir en cas d'incident : Nom : Prénom :

Adresse : Tél. :

RAPPEL : PRIX de l'ADHESION 2017-2018 : 55€ (Ce montant comprend la licence FFRS, l'assurance de base d'accident corporel et de garantie assistance rapatriement, les parts des instances fédérales et du club ainsi que l'abonnement à la revue trimestrielle Vital'ité.).

Au prix de l'adhésion, il convient d'ajouter les participations à certaines activités qui rétribuent l'intervention d'un professeur ou les frais de déplacement d'un animateur extérieur.

Cocher les activités auxquelles vous souhaitez participer :

ADHÉSION		55
Yoga	+ 60€/an	
Randonnée pédestre	Gratuit	
Danses en ligne et de loisirs	Gratuit	
Marche nordique	Gratuit	
Atelier informatique	Gratuit	
Swin golf	Gratuit	
Aquagym	Entrée piscine à prévoir	
Total à payer par chèque(s)*		

Dans le cadre du droit à l'image, j'autorise le CRSS à publier, pour sa communication interne ou externe, des photos prises lors des activités sur lesquelles je pourrais figurer.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur du CRSS, sur son site internet, et accepte de m'y conformer.

* si vous optez pour le yoga, rédigez 2 chèques à l'ordre du club : 1 de 55€ et un 2^{ème} de 60€.

Fait à le/...../.....

Signature (Obligatoire) :

Pour que mon dossier soit complet, je joins (cocher) :

<input type="checkbox"/>	Certificat de non contre-indication du médecin (au verso)
<input type="checkbox"/>	ou attestation questionnaire de santé (explications au verso)
<input type="checkbox"/>	Bordereau détachable d'information d'assurance
<input type="checkbox"/>	Chèque(s) à l'ordre du CLUB de RETRAITE SPORTIVE du SAVÈS

(La licence sera à conserver en permanence sur soi lors des activités)

Cadre réservé au CRSS : N° inscription : Cotisation reçue le :/...../.....



FFEDERATION FRANCAISE DE LA RETRAITE SPORTIVE
Tél : 04-76-53-09-80 E-mail : ffrsinfogestion@free.fr

Agrément n°34 S 206 - Association reconnue d'Utilité Publique
Immatriculation Registre Opérateurs de Voyages N° IM038120032

CERTIFICAT MEDICAL de NON CONTRE - INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné, Docteur en médecine,
certifie avoir examiné :

Mme - M. Prénom.....

Né (e) le.....,

et avoir constaté, ce jour, l'absence de contre-indication à la pratique du sport* (activités sportives de loisir, hors compétition).

Cachet :

Date :/...../.....

Signature :

*Article Code du Sport (Art. D. 231-1)

12 rue des Pies • CS 50020 • 38361 Sassenage Cedex • Tél. : 04 76 53 09 80 • ffrs38@free.fr • www.ffrs-retraite-sportive.org •

NOUVELLE LICENCE :

Fournir obligatoirement un certificat de non contre-indication délivré par votre médecin.

RENOUVELLEMENT DE LICENCE

Si votre précédent certificat date de plus d'un an : en fournir un nouveau

Si votre précédent certificat a moins d'un an :

- Attestation si vous avez répondu **NON** aux 9 questions de l'auto-questionnaire de santé de la FFRS
- Si vos réponses comportent au moins 1 **OUI**, vous devez fournir un nouveau certificat médical