



LICENCES 2020 – 2021

ne pas

1. Adhésion 42€ assurance comprise (joindre votre règlement à ce document) :

Mme, Melle, Mr : **NOM** : **Prénom**

né(e) le/...../ à.....

Adresse :

Code Postal : Ville.....

Téléphone : Portable

Adresse électronique : @

Avec le planning, ci-joint, indiquez **OBLIGATOIREMENT**, ci-dessous, la/les activité(s) pratiquées au sein du GRS

Activité : séance du à H.....

Activité : séance du à H.....

Activité : séance du à H.....

Activité : séance du à H.....

Activité : séance du à H.....

2. Consentement au recueil des données personnelles :

Je donne mon consentement au recueil et au traitement de mes données par le G.R.S. du Pays Clayettois.

Je peux à tout moment demander à connaître les éléments conservés et, selon les termes de la loi du 6 janvier 1978 «Informatique et Libertés », je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de suspension et d'opposition aux informations et messages me concernant.

3. Assurance supplémentaire :

J'atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance et d'assistance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire option MSC I.A. PLUS et une garantie complémentaire option Effets Personnels.

Option MSC I.A.

- Je souhaite souscrire la garantie option MSC I.A. Plus qui se substituera, en cas d'accident corporel, à la garantie de base de la licence.
J'intègre la cotisation complémentaire de 5.22€ pour la saison sportive 2020/2021 au règlement de ma licence

- Je ne souhaite pas souscrire à la garantie Option MSC I.A. Plus

Option Effets personnels PLUS

- Je souhaite souscrire la garantie Option Effets Personnels.
J'intègre la cotisation complémentaire de 27 € pour la saison sportive 2020/2021 au règlement de ma licence

- Je ne souhaite pas souscrire la garantie Option effets personnels

Fait à..... le/...../.....

Signature

CERTIFICAT de NON CONTRE INDICATION à la pratique du sport

(à établir par le médecin traitant)

séparer

Je soussigné(e), Docteur.....

Certifie que

Mme, Melle, Mr..... Prénom.....

Né(e) le :/...../.....ne présente aucun signe clinique contre-indiquant la pratique, hors compétition, des activités sportives suivantes :

Rayer le(s) sport(s) dont la pratique est déconseillée ou interdite à la date de l'examen

- Activités gymniques	- Mémoire en éveil
- Badminton	- Qi Gong
- Danse	- Randonnée en dessous de 2000m
- Gymnastique aquatique	- Randonnée au-dessus de 2000m
- Jeux de boules	- Tennis de table
- Marche nordique	- Tir à l'arc

Fait le :/...../.....

Cachet et signature du Médecin

CADRE RESERVE AU G.R.S.

Dossier complet /___/*

CHQ /___/*

Saisie licence /___/*

Impression licence /___/*

Nouvel Adhérent /___/*

(*Indiquer ses initiales dans le cadre)

Observations :