

Club de la Retraite sportive des Coëvrons

BULLETIN D'INSCRIPTION – année 2017 / 2018

N° licence : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal & ville : _____

Date naissance : _____

Adresse e.mail : _____

Téléphone

Fixe : _____

Mobile : _____

Mode de règlement

chèque (1) espèces

Montant **34 € 00**

Banque _____

N° chèque _____

(1) A l'ordre de :
Retraite Sportive des Coëvrons

**Merci de cocher la (ou les) case(s) ci-dessous correspondant à (ou aux) activités choisie(s)
7 au maximum**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Activités dansées | <input type="checkbox"/> Gymnastique aquatique | <input type="checkbox"/> Raquettes à neige |
| <input type="checkbox"/> Activités gymniques – S.M.S. | <input type="checkbox"/> Jeux de boules | <input type="checkbox"/> Ski alpin |
| <input type="checkbox"/> Bowling, sports de quilles | <input type="checkbox"/> Marche nordique | <input type="checkbox"/> Ski de fond |
| <input type="checkbox"/> Cyclotourisme – V.T.C. | <input type="checkbox"/> Randonnée pédestre | <input type="checkbox"/> Swin golf |

IMPORTANT : L'inscription ne sera pas acceptée si le bulletin n'est pas accompagné d'un certificat médical attestant de l'aptitude à la pratique d'une activité sportive.

Ne pas découper cette partie même si elle n'est pas utilisée

Certificat médical annuel préalable à la pratique des sports d'entretien

Je soussigné, Docteur.....demeurant

certifie avoir examiné Mme – Mlle – M.

née le :/...../..... demeurant

appartenant à la F.F.R.S. (Fédération Française de la Retraite Sportive) et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour,

de signes cliniques contre-indiquant la pratique d'activités physiques ou sportives, à l'exception des disciplines suivantes :

Fait à, le/...../.....

Signature du médecin - cachet

Permanence pour les inscriptions les jeudis 24 et 31 août 2107 – salle du Temple rue de la Fontaine à EVRON.