

**Club de la Retraite sportive des Coëvrans**  
**BULLETIN D'INSCRIPTION – année 2021 / 2022**

**Première adhésion**

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal & ville : \_\_\_\_\_  
Date naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse email : \_\_\_\_\_  
Téléphone }  
                  Fixe : \_\_\_\_\_  
                  Mobile : \_\_\_\_\_

<b>Mode de règlement</b>	
<input type="checkbox"/> chèque (1)	<input type="checkbox"/> espèces
Montant	<b>36 € 00</b>
Banque	_____
N° chèque	_____
(1) A l'ordre de : <b>Retraite Sportive des Coëvrans</b>	

**Merci de cocher la (ou les) case(s) ci-dessous correspondant à (ou aux) activités choisie(s) 7 au maximum. Attention ! Pas de gymnastique aquatique cette saison en raison de la fermeture du Jardin aquatique.**

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

**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. ....

né(e) le : ...../...../..... demeurant .....

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour,

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

.....

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature du médecin - cachet