



**- Fiche d'inscription 2018/2019 -  
- SECTION CAPOEIRA -  
Ados/Adultes à partir de 12 ans**

Pour toute information complémentaire contacter  
**Julie BAPTISTA (Présidente) au 06.89.26.75.75**

**L'ADHÉRENT**

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Surnom de capoeiriste : .....
CP : .....	Ville : .....
Date de naissance : .....	E-mail : .....
Tél. : .....	N° Carte USSA : .....


**LA COTISATION**

**La cotisation annuelle pour la saison :**

- 2 cours hebdomadaires – **170 €** (lundi de 20h00 à 21h30 et jeudi de 19h30 à 21h).  
1<sup>er</sup> cour le lundi 10 septembre 2018 en salle de Gym du Gymnase municipal

*- Le montant de la cotisation versée à la section n'inclut pas l'adhésion à l'USSA, d'un montant variable (de 23€ à 35€) selon votre lieu de résidence et le nombre d'adhérents au sein d'une même famille ni l'achat de la tenue officielle (45€ pour la tenue complète)*

**Mode de règlement :** (cochez la case correspondante)

- Espèces**
- Chèque :** N°..... Banque : .....  
(Spécifiez votre nom, prénom et le N° de carte USSA au dos du/des chèque(s))
- Autres :** .....
- Paiement échelonné par chèque :** (jusqu'à 6 versements, le 1<sup>er</sup> chèque sera encaissé à partir d'octobre)  


N° Chèque : .....	Montant : .....	€ Au : .....
N° Chèque : .....	Montant : .....	€ Au : .....
N° Chèque : .....	Montant : .....	€ Au : .....
N° Chèque : .....	Montant : .....	€ Au : .....
N° Chèque : .....	Montant : .....	€ Au : .....
N° Chèque : .....	Montant : .....	€ Au : .....

**AUTORISATION D'ADHÉSION A L'USSA**

Monsieur, Madame ..... autorise mon enfant (prénom de l'enfant)..... à adhérer à l'association dénommée « UNION SPORTIVE DE SAINT ARNOULT ». Je m'engage par la présente à faire respecter par mon enfant, les statuts, le règlement intérieur et le règlement de sauvegarde dont je reconnais avoir pris connaissance par une copie affichée au gymnase.

**AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Je soussigné Monsieur, Madame..... autorise\*, n'autorise pas\* à pratiquer toute intervention chirurgicale ou médicale nécessaire à la sauvegarde de la santé de mon enfant (nom et prénom de l'enfant)  
.....

\*Rayer la mention inutile SIGNATURE

Nom des parents : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

N° Tél. : ..... N° Port. : .....

N° Tél. travail : Mr..... Mme.....

**Personne à prévenir en cas d'accident :**

Nom : ..... N° Tél. : .....

**Spécification médicale particulière à signaler :** .....

**PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION**

La **fiche d'inscription**, un **certificat médical** et la présentation de la **carte USSA avec le timbre 2018/2019**.

**NB : ATTENTION, aucun remboursement ne sera possible après le 4<sup>ème</sup> cours effectif, sauf : maladie, blessure, déménagement, mutation, etc.... sur présentation d'un justificatif valable.**