

***Fiche d'inscription 2023/2024***

***Nom \_ \_ \_ \_ \_ \_ Prénom \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Tel domicile \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_***

***Adresse \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ Tel portable \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_***

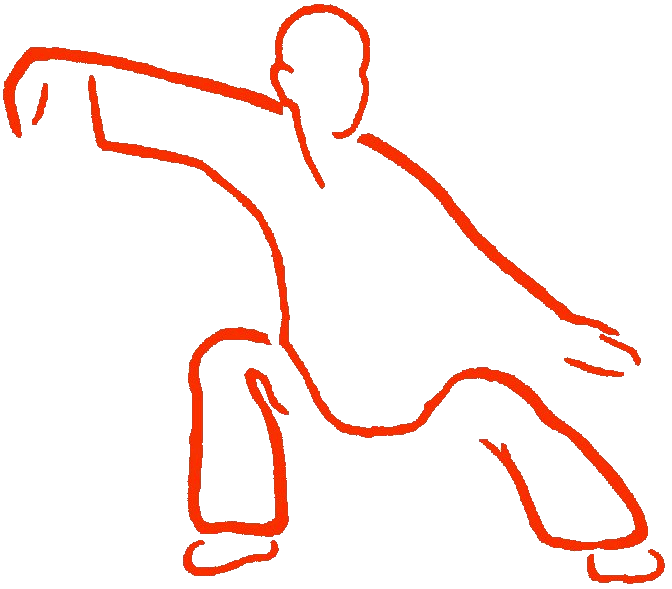
***Commune \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ code postal \_ \_ \_ \_ \_***

***Date de naissance : / / Mail : @***

***Personne à prévenir en cas d'accident \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Inscription(s) au(x) cours : (cochez le ou les cours)***

Montant de l'inscription: **145 euros.** Remise de 7 euros dès le deuxième adhérent de la même famille. (possibilité de régler en 3 fois : 3 chèques à l'inscription)

** gym mardi jeudi full dance Taï chi**



**Autorisation d'hospitalisation**

**Je soussigné (e) \_\_\_ autorise les responsables de l'U.S.P**

**section judo-gym, à faire pratiquer les soins nécessaires ou recourir à l'hospitalisation**

**si nécessaire sur ma personne ou celle de mon enfant\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,**

**À l'hôpital d'Auxerre ou la clinique Ste Marguerite.**

**Tel** *(du praticien)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Signature:**